

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Navazující magisterské studium
Studijní obor: Adiktologie



Autor: Bc. Martin Zim

**Proces léčby v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I. z
perspektivy klientů**

**Process of treatment in therapeutic community WHITE
LIGHT I. from clients' perspective**

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Josef Radimecký, Ph.D., MSc.

Praha, 2015

Poděkování

Děkuji panu PhDr. Josefu Radimeckému, Ph.D., MSc. za cenné rady a zkušenosti, také za odborné vedení diplomové práce. Za vstřícnost a ochotu podělit se o své zkušenosti a za čas, který mi věnovali, děkuji terapeutům a klientům terapeutické komunity WHITE LIGHT I. Také děkuji mé partnerce Lence a synovi Kryštofovi, kteří mě podporovali a dávali mi prostor. Děkuji paní Mgr. Lence Reichelové za oponenturu.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem řádně uvedl a citoval všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 11. dubna 2015

Martin Zim

Podpis:

Identifikační záznam:

ZIM, Martin. *Proces léčby v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I. z perspektivy klientů [The process of treatment in a therapeutic community WHITE LIGHT I. from clients' perspective.]*. Praha, 2015. 74 s., Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: Radimecký, Josef.

Obsah

Úvod.....	8
1. Teoretická část	11
1.2 Proces léčby v terapeutické komunitě	11
1.2.1 Teorie procesu léčby v terapeutické komunitě	12
1.2.2 Pohled terapeutického týmu na proces léčby	15
1.2.3 Pohled bývalých klientů na proces léčby v TK	16
1.3 Fáze léčby v terapeutických komunitách pro drogově závislé	18
1.4 Výzkumy zaměřené na proces léčby z pohledu klientů v TK.....	20
1.5 Shrnutí poznatků z předchozího výzkumu.....	24
1.6 Vymezení základních pojmů	25
1.6.1 Vymezení pojmu vnímání.....	25
1.6.2 Vymezení pojmu prožívání.....	28
2. Praktická část	31
2.1 Kvalitativní výzkum a zakotvený přístup.....	31
2.2 Cíl výzkumu.....	31
2.3 Výzkumné otázky	32
2.4 Metody získávání dat.	33
2.5 Zdroje dat.....	34
2.5.1 Výzkumný soubor - primární data.	35
2.5.2 Sekundární data - dokumentace	36
2.5.2.1 Typy dokumentace	36
2.5.3 Triangulace dat.	38
2.6 Metody a postup zpracování dat	39
2.6.1 Postup zpracování dat.....	39
2.6.2 Metody zpracování dat.....	40
2.7 Prostředí výzkumu	43
2.8 Můj vztah ke zkoumanému vzorku a prostředí	44
2.9 Etická stránka výzkumu.....	45

3. Výsledky	47
3.1 Měření upřímnosti a otevřenosti účastníků výzkumu.	47
3.2 Odpovědi na výzkumné otázky.	47
3.3 Doporučení pro budoucnost.....	62
3.4 Diskuze.	64
3.5 Závěr.....	65
Literatura	68

Abstrakt

Procesem pobytové léčby v terapeutické komunitě jsem se zabýval ve své bakalářské práci. Tento proces je ve všech terapeutických komunitách v ČR rozdělen nejčastěji do čtyř fází, ve kterých jsou na klienty kladeny různé nároky a úkoly. Postup v procesu léčby je hodnocen jak skupinou, tak i personálem. Naplnění kritérií v jednotlivých fázích je podmínkou k posunu klientů v procesu léčby směrem k úspěšnému ukončení léčby. Tyto fáze jsou pracovníky služby jasně definovány a klienti jsou s nimi seznámeni prostřednictvím operačního manuálu.

Cílem této práce je popsat zmíněný proces léčby a společné prvky s ohledem na to, jak je vnímají a prožívají klienti během léčby v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I. Pomocí metody prospektivního sledování se snažím popsat proces léčby a ten pak rozdělit dle společných prvků do „fází“ tak, jak je vnímají sami klienti, a porovnat je s formálně stanovenými fázemi léčby v TK.

Práce je založena na kvalitativním přístupu. Sběr dat probíhal formou prospektivního sledování, tj. jinou metodou oproti předchozímu výzkumu, který byl zaměřen retrospektivně. Navíc byly pro výzkum použity další zdroje dat obsažené v dokumentaci služby o klientech. Výzkumný soubor je institucionální, tvoří jej klienti terapeutické komunity WHITE LIGHT I, kteří absolvovali léčbu v délce alespoň 6 měsíců.

Pomocí analýzy dat získaných od klientů se mi podařilo popsat proces léčby a rozčlenit je do několika úseků podle nejvýznamnějších charakteristik prožívaných klienty, a dále porovnat fáze formálně definované s „fázemi“ léčby podle klientů a pojmenovat významné rozdíly ale i shody. Shody se týkaly hlavně druhé střední fáze léčby, určité rozdíly jsou v úvodní a závěrečné fázi léčby. Získané poznatky mohou přinést do praxe podněty pro terapeutické týmy při jejich práci se závislými klienty v procesu rezidenční léčby v terapeutických komunitách.

Klíčová slova: léčba závislosti, terapeutická komunita, klient, proces léčby

Abstract

In the thesis I focused on a process of residential treatment in a therapeutic community. Such a process is mostly divided into four stages in all therapeutic communities in the CR where different needs and tasks are required from clients. The procedure in the treatment process is evaluated by the group as well as by staff. The fulfillment of criteria in each phase is a condition needed for shifting the clients in the treatment process towards successful completion of treatment. These phases are clearly defined by therapists and clients are acquainted with them through the operating manual.

The aim of the thesis is to describe the process of treatment and common elements with regard to how it is perceived and experienced by the clients during the treatment in the therapeutic community WHITE LIGHT I. Using methods of prospective study helps to describe the process of treatment and then divide it according to the common elements into „phases" as they are perceived by the clients themselves, and compare them with formally stated phases of treatment in the TC. The thesis is based on a qualitative approach. Data collection was conducted through prospective monitoring, ie. a different method from the previous research, which was focused retrospectively. In addition, the research used other sources of data contained in the clients' documentation. The research group has an institutional form and consists of the clients from the therapeutic community WHITE LIGHT who has finished the treatment of at least 6 months.

Through the analysis of data acquired from the clients it was managed to get a description of the treatment process and divide them into parts according to the most crucial characteristics from the clients' perspective, also to compare the formally defined phases with the phases according to the clients and to identify significant differences as well as a compliance. The compliance was mainly related to the second middle phase of the treatment, some differences were in the initial and final phase of the treatment. The acquired results may bring into practice several suggestions regarding the care of drug addicted especially in the process of residential treatment in the therapeutic communities and for the therapeutic teams.

Keywords: addiction therapy, therapeutic community, client, treatment process

Úvod

Téma procesu léčby v terapeutické komunitě je pro mne stále výzkumnou výzvou. Znovu po bakalářské výzkumné práci se vracím k tomuto tématu, abych případně rozšířil nebo upřesnil v minulosti získané poznatky. Ty, jež vzešly z retrospektivního výzkumu naznačily, že klienti ve svém vnímání procesu léčby významně kopírovali její členění do formálně definovaných fází. V této práci se tématu věnuji podrobněji, pomocí prospektivního výzkumu s využitím více zdrojů dat, zejména z různých typů dokumentace vedené o klientech.

Proces léčby v terapeutické komunitě je dnes celkem dobře popsán a definován. Lze se na ni dívat pohledem teorie a praxe, pohledem zkušených profesionálů v pracovních pozicích, ale také pohledem klientů. Teorie i praxe jsou bohatě popsány v odborné literatuře naší i světové. V této práci se zaměřuji na léčbu v terapeutické komunitě (dále jen TK) z perspektivy klientů. To proto, že tento pohled je v současnosti popsán sporadicky a ojediněle. Jsou sice publikovány různé kazuistiky a příběhy klientů z léčby, výzkumů na toto téma ale není mnoho.

Při rešerši k tomuto tématu jsem našel práce věnující se terapeutickým komunitám, přičemž zájem různých autorů směřuje jak k léčbě, účinným faktorům, motivaci klientů tak i komunikaci. Výše zmíněné okruhy jsou preferované nejčastěji.

Ve své práci se zabývám subjektivní zkušeností klientů během procesu léčby v terapeutické komunitě. Předmětem mého zájmu je tedy to, co a jak klienti vnímají jak v terapii, tak i ve chvílích svého osobního volna. Tento vhled do prožívání klientů je podle mého názoru pro kvalitní a efektivní léčbu nezbytný. Proto pracovníci terapeutických komunit potřebují ke své práci vědět, co a jak klienti v léčbě prožívají. To nám může nabídnout odpovědi na otázku, co klienti potřebují k smysluplnému a úspěšnému absolvování celé léčby.

Jak už jsem uvedl, prací, které se věnují tomuto nebo podobnému tématu, není mnoho. Kotasová (2011) se věnuje léčbě závislosti v terapeutické komunitě Fénix v Bílé Vodě rovněž očima klientů. Ale jejím cílem bylo zmapovat, které z tzv.

účinných faktorů definovaných Kooymanem (1993) považují klienti TK Fénix za skutečně účinné. Také Klimas (2012) zkoumal pohled a prožívání léčby klientů v TK. Jeho práce je ale zaměřená na interpersonální vztahy v rodině, v práci, mezi vrstevníky a kamarády v průběhu užívání drog a léčby. Jeho cílem bylo porozumět změnám ve vztazích v různých fázích užívání i léčení, tedy předpokládá, že klienti si období léčby člení do určitých fází.

Tématem procesu léčby očima klientů se také v Polském Monaru zabývali Augustowska (1989), Baszko (1989), Jankiewicz (1998).

V České republice se výzkumem na téma procesu léčby zabývala Foterová (2007) v terapeutické komunitě AVE. Cílem jejího výzkumu bylo pojmenovat oblasti, které klienti považují ve své léčbě za podstatné, zmapovat důvody jejich motivace k léčbě a očekávání od procesu léčby. Také se věnovala rozboru procesu léčby, tak jak jej vnímají sami klienti AVE.

Nejvíce se mému tématu a zaměření přibližuje disertační práce Sugg (2003). Ve svém výzkumu se pokusila zmapovat to, jak klienti vnímají pobyt v TK. Analýzou individuálních interview odvodila osm kategorií/fází léčby. Tento výzkum se uskutečnil v Londýně, v jiných podmínkách než nabízí prostředí českých komunit. Přesto se v další kapitole věnuji výstupům této zajímavé práce podrobněji.

Výzkum jsem provedl v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I. v Mukařově, kde pracuji od roku 2004 na pozici terapeut. Cílem této práce je s využitím prospektivně realizovaného výzkumu zachytit a popsat proces léčby závislých uživatelů návykových látek v TK a jeho společné prvky tak, jak je vnímají a prožívají. Pokouším se tedy porovnat proces léčby, jak ho vnímají klienti s formálně stanovenými fázemi léčby. Práce by měla přispět k porozumění tomu, jak klienti svoji léčbu v různých fázích prožívají, zda shodně s těmi stanovenými personálem nebo jinak. Poznatky z výzkumu by měly sloužit jako zpětná vazba pro terapeuty a případně pro klienty terapeutických komunit.

Diplomová práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. Cílem teoretické části je poskytnout informace potřebné k porozumění kontextu, v němž

byl výzkum proveden. Proto obsahuje zejména popis základních údajů o fázích léčby v terapeutických komunitách.

Obsahem druhé části je vlastní výzkumné šetření v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I. Představuji zde cíl výzkumu, výzkumné otázky, prostředí výzkumu a především použitou metodologii. Hlavní prostor věnuji analýze dat, výsledkům výzkumu, dále diskuzi a interpretaci získaných výsledků.

1. Teoretická část

1.2 Proces léčby v terapeutické komunitě

Jak jsem uvedl v úvodu, proces pobytové léčby osob se závislostmi lze vidět různými pohledy. Pohledem teorie, pohledem pracovníků terapeutických týmů a také pohledem klientů, jímž se v této práci zabývám. Odborných definic a pramenů je mnoho, a proto vybrat typické zjednodušené charakteristiky je obtížný úkol.

Schulte et al. (2010) definuje terapeutickou komunitu jako službu pobytové léčby závislostí původem z USA, založenou na demokratických a neinstitucionalizovaných principech a usilující o abstinenci.

České pojetí terapeutické komunity dle Kratochvíla (1997), je především léčebné společenství, které cíleně podporuje spoluúčast klientů/pacientů na plánovaných společných aktivitách v léčbě nemoci. Klienti se dokonce stávají spoluterapeuty, podílející se na chodu společenství, a tím nesou také část spoluodpovědnosti, která je na ně úmyslně přenášena. Účinnost systému je v pevném plánu, závaznosti a řádu, v němž si nikdo nemůže moc vybírat. Systém má svou přitažlivost a účinnost, která je dnes podložena mnoha výzkumy.

Oborový pohled Těmínové, Kaliny a Adamečka (2008) mluví o jedinečných prvcích, jež jsou pro každou terapeutickou komunitu typické. Klienti musí dodržovat stejná pravidla a souhlasit s hierarchií. Další hierarchie je dána funkcí ve skupině klientů a také zařazením do fází léčby. Podíl klientů na chodu komunity je celkem značný. Systém je tedy značně složitý, proto je kladen důraz na odpovědnost týmu ale i klientů vůči celému zařízení.

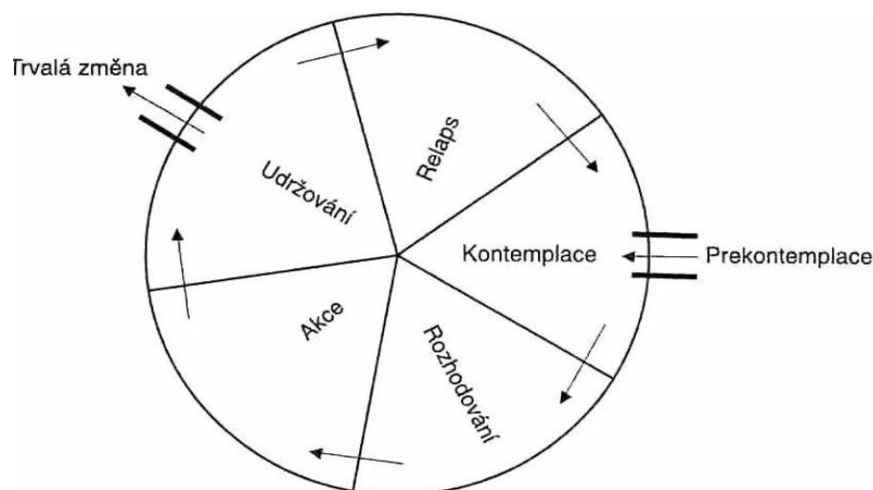
Můj pohled na proces léčby v TK, je velmi ovlivněn teorií a také několikaletou praxí. Vidím velký, dlouhý a náročný proces zrání člověka mezi dvěma body, nástupem do léčby a jejím ukončením. Dle mých zkušeností velmi záleží na tom, co každý člověk do tohoto procesu investuje. Jaký je jeho podíl na procesu léčby, kde mnohdy funguje metafora: „*Kolik do toho dáš, tolik zpět dostaneš*“. Čekání na změnu zvenčí, čímž se vyznačuje hlavně úvodní období léčby klienta, nestačí.

1.2.1 Teorie procesu léčby v terapeutické komunitě

Teorii vnímám jako pevný základ každé vědy. Nejinak tomu je i v adiktologii. Teorie oboru člení poznatky do různých skupin, kategorií, přehledů a srovnání. Základním modelem závislosti a přístupu k závislostem dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je bio-psycho-sociální model závislosti (Kalina, 2008). Kudrle (2008) tento model rozšiřuje o dimenzi spirituální. U závislých lidí představuje dimenze spirituality otázky po smyslu života, duchovních hodnotách, smyslu toho co doposud prožili. Podle Adamečka (2003) klient prochází v léčbě přirozeným obdobím spirituální krize.

K tomu, aby závislý člověk podstoupil důležité životní změny, musí tyto změny opravdu chtít. Prochaska a DiClemente (1986) se zabývali otázkou změny závislého chování u kuřáků, ale i u jiných závislostí. Zjistili, že motivace se vyvíjí a že tento proces lze rozdělit do šesti fází, viz obrázek č. 1:

Obrázek č. 1 – Šest fází průběhu změny motivace závislého člověka dle Prochasky a DiClementeho (Miller a Rollnick, 2003).



Také motivace ke změně chování klientů se vyvíjí během procesu jejich léčby v TK. Ideální klient přichází ve fázi „akce“, kdy jeho potřeba změny závislého chování dostatečně zesílila. Často je to ale jinak. Klienti mohou přicházet ve fázích

„rozhodování“ ale i „kontemplace“ z různých důvodů, např. schování se před úřady, soudy, nepohodlím života na ulici apod. Nejsou plně rozhodnutí změnu závislého chování podstoupit, ale chtějí to třeba jenom zkusit. Během procesu léčby závislosti může docházet, a v praxi dochází, ke změně postoje. Často velmi motivovaní klienti mohou začít o změně pochybovat, pak hovoříme o rozhodování se a tím i o posunu v tzv. „cyklu změny“ zpět, o úroveň níže. A klienti, kteří přicházejí velmi slabě motivovaní, se mohou naopak přesunout do fáze „akce“, tedy se významně posunout dopředu.

Do motivačního procesu ale mohou zasáhnout i jiné faktory, např. styl jednání a chování terapeuta, rodina, skupina apod. (Miller, Rollnick, 2003).

Podle Příkryla (2008) má také výrazný vliv na motivaci klienta depresivní symptom, který má vztah k nízkému výkonu člověka. Automatické úkoly klienti zvládají dobře, zatímco úkoly vyžadující vynaložené úsilí zvládají s obtížemi. Proces léčby závislostí je z tohoto pohledu velmi variabilní prostor ke změně dosavadního chování. Přináší posuny ale i kroky zpět, pochybnosti, úspěchy a nadšení. Uvedené modely mohou být velmi nápomocny při hodnocení klientů. S jejich pomocí si lze celkem rychle představit, v jaké fázi se klient nachází a jaká je potřeba intervencí resp., jaké typy intervencí jsou pro klienta v dané fázi přiměřené.

Kalina (2007) také mluví o základním rozdělení terapeutického procesu v TK, na dvě oblasti:

1. Zaměření na osobu a vztahy
2. Zaměření na skupinový proces

Z jeho pohledu lze usoudit, že klade důraz na subjektivní vnímání vztahů a na dění skupinové. Jádro skupinového dění je dynamický proces přinášející různé situace k učení. Z nich může každý jedinec čerpat a posilovat se, aktivně se účastnit tzv. „sebepoznání“, tj. procesu, kdy vlastním úsilím poznává sebe jak v současnosti, tak v situacích vztahujících se k minulosti.

Kalina (2013) rozlišuje tři etapy individuálního terapeutického procesu vývoje klienta v TK:

1. Připojení a přijetí společenstvím, kde klient není odsuzován a odmítán za své chování, je akceptován komunitou, získává podporu a pocit sounáležitosti, pocit bezpečí v řádu a struktuře.
2. Proces vlastního sociálního a interpersonálního učení je spojen s přehodnocováním minulých zkušeností, klient se učí rozumět svému chování a prožívání, ale také chování a prožívání druhých, přijímá zodpovědnost za sebe.
3. Zkoušení nových způsobů jak být s druhými lidmi ve vztazích, klient si potvrzuje pozitivní změnu nového chování. Dodává si důvěry, že se může odvážit dalších změn, které se projeví ve vztazích mimo TK. Závislost na podpůrném a terapeutickém prostředí se mění díky rozvíjející se autonomii a sebedůvěře klienta.

Toto rozdělení se může v různých komunitách různě odlišovat a měnit. To může být způsobeno rozdíly v přístupech jednotlivých komunit, cílovou skupinou zařízení nebo délkou léčby. Důležitým faktorem mohou být i různé terapeutické přístupy a zaměření terapeutických týmů (nábožensky orientované, KBT přístup, dynamicky orientované apod.).

Podle De Leona a Melnicka (1993) se léčba závislostí v komunitě netýká jen drogy, ale také člověka a jeho vztahu k vlastnímu sebepojetí. Asi nejdůležitějším úkolem v TK je to, aby se klienti naučili vytvářet zdravé a uspokojivé vztahy, které dokážou udržet.

Proces léčby lze také rozdělit dle Rotgerse et. al (1999) do dvou fází: přijetí a podrobení se systému TK. Z jeho pohledu jedinec překonává „*popření*“ neboli důvěru v to, že má schopnost kontrolovaného užívání, že k užívání může přistoupit pouze silou vůle. Z přijetí léčby se stane náhled na to, že tuto kontrolu nad užíváním ztratil, že o ni nebude usilovat. Z praxe jsem vysledoval hluboká a také leckdy nevědomá přání a touhy klientů, své užívání kontrolovat do tzv.

„bezpečného a kontrolovaného braní“. Nejčastěji je to představa víkendového užívání, nebo při tzv. „významných událostech“, oslavy různého druhu dle situace apod. Vhled a porozumění této skryté motivaci přináší důležitý mezník v léčbě klienta.

Které z účinných faktorů pro skupinovou psychoterapii podle Yaloma (2007) a účinných faktorů v TK podle Kooymana (2004) jsou ty hlavní a které méně důležité, lze těžko určit. Je potřeba zdůraznit, že se doplňují a spolupůsobí, a proto nemůžou fungovat samostatně. Jejich význam se navíc může u jednotlivých klientů individuálně lišit s ohledem na jejich situaci a potřeby.

Také klienti mají různou potřebu využití těchto terapeutických prvků. Co pomáhá jednomu, nemusí ve stejném čase potřebovat ostatní. Yalom a Leszcz (2007, p. 23) dále uvádějí, že: „*Terapeutické faktory ceněné klienty se velmi liší od těch, které zmiňují terapeuti i pozorovatelé, což je známo i z individuální psychoterapie.*“

Závěrem teoretického úvodu bych zdůraznil to, že proces léčby a současný trend má holistický základ, kde celek podstatně ovlivňuje fungování svých částí, tak i výsledek léčby je souhrn mnoha faktorů. Z holistického pohledu je celek více než souhrn jeho částí (Störig, 1999). Tak i bio-psycho-socio-spirituální model je podle Millerové (2011) výzvou k uplatňování holistického přístupu k léčbě závislostí a následné péči.

1.2.2 Pohled terapeutického týmu na proces léčby

Pracovníci terapeutického týmu jsou v pohledu na proces léčby pravděpodobně ovlivněni více faktory. Jednak teorií, která souvisí s jejich vzděláním a zaměřením, dále praxí a zkušenostmi v oboru, ale i v životě a v neposlední řadě, také vlastními osobnostními charakteristikami.

Také sebezkušenost je dle Yaloma a Leszcze (2007) významný faktor úspěšnosti intervencí na straně terapeuta. Jejím prostřednictvím má možnost se na emoční úrovni učit to, co se doposud učil rozumově. Může si tak prožít sílu skupiny na vlastní kůži, zažít, jaké to je, pomáhat ale i nechat si pomoci nebo ublížit a zažít ublížení, případně zažít sílu sebeodkrytí a sebepoznání. Soubor těchto faktorů je zrcadlem toho, jak každý člen terapeutického týmu vnímá léčbu

klientů. Různorodost osobností je pro terapeutickou komunitu obohacující a významné hlavně pro klienty. Mohou se konfrontovat s různými názory a různými osobnostmi. Pro ilustraci uvádím několik pohledů pracovníků terapeutického týmu **(T1 – T4)** TK WHITE LIGHT I. na proces léčby bez toho, abych to nějakým způsobem komentoval a hodnotil:

T1: „Vidím smysl léčby v každodennosti, v běžných interakcích ve vztazích s klienty, naučit se žít s druhými, umět si prosadit své zájmy a potřeby ale zároveň respektovat druhé“.

T2: „Člověk co přichází, vidí jako svůj hlavní problém drogy, ale zde hledáme příčiny, změnu celkového přístupu k životu. Otázky, co se mu to v tom životě dělo? Klient dochází k tomu, co za užíváním je, jaké jsou jeho příčiny: vztahy, rodina, souvislosti v jeho životě, a toto vše má vývoj v čase. Důležité je rozdělení dle fází, hledání příčin dle fází, také smíření se s osudem, v druhé půlce pracovat na sobě a vracet skupině to, co tu dostal a co tu na sobě udělal. Naučit se poctivosti a pokoře a smyslu abstinence“.

T3: „Znovunarození do nového života, poznají nové prostředí a nové vztahy, učí se dovednostem a tomu, jak si udržet vztahy, zpracovávají si své problémy, vybavují se tu potřebnými znalostmi do života“.

T4: „Léčba je šance, zastavit se a urovnat si život, přeskládat hodnoty, naučit se něco nového, hlavně to, co neumím, poznat se, učit se žít s lidma, naučit se využít svůj potenciál“.

1.2.3 Pohled bývalých klientů na proces léčby v TK

Pohledy klientů během léčby 6-8 měsíců dlouhé mohou být leckdy překvapivé. Lze se na ně klientů ptát, ale také je lze dohledat např. v denících, hodnoceních apod. Nabízím některé zajímavé citace bývalých klientů TK **(K1 – K8)** z níže uvedených zdrojů, dle doby strávené v léčbě:

Co je proces léčby v TK u klienta na počátku léčby (první měsíc):

K1: „Léčba je pozitivní přehodnocení pohledu na normální svět, nemám ponětí jak normální svět vypadá, byl jsem ovlivněn chemií“.

K2: „Jdu s léčbou a vnímám že to nějak plyne, zpracovávám to, co slyším a záleží mi na tom, učím se tu nové věci, léčba mě baví proto, abych viděl své děti abych měl s nimi kontakt“.

Co je proces léčby v TK u klienta v druhé půlce léčby (čtvrtý měsíc):

K3: „Měl bych se tu naučit věci, co nezvládám a být bez drog, učit se pracovat s problémy, sehnat si doléčování“.

K4: „Je to tu příprava do života, odpočinek někdy, před tím co bude venku, vyřeším si tu nějaké problémy“.

K5: „Celý se měním, snažím se říkat a uvědomovat si chyby, nedělat chyby které jsem dělal, pochybuji a přemýšlím nad tím, jestli to dělám naplno, jestli do toho dávám vše, na rozdíl od mé první léčby, kdy jsem do toho nedal vše a nedělal jsem to naplno, snažím se říkat pravdu a jak to je“.

Co je proces léčby v TK u klienta na konci léčby (osmý měsíc):

K6: „Naučit se žít, něco co tě naučí přežít, učit se základní věci co jsem ztratil, osvojit si základní hodnoty o které jsem přišel, řešit své problémy“.

K7: „Léčba mi pomohla vidět život jasněji, v lepším světle, nikoho jsem neměl rád, pouze drogu a ten stav, jsem rád, že jsem došel přes krachy až sem, že můžu komunitu řádně skončit“.

K8: „Je to pro mě jako kdybych se zrovna narodil, chci si vzít poučení do života,

říkám si, že mi rád pomáhá protože v sobě žádný nemám a hlavně neměl jsem, dělal jsem si co jsem chtěl, snažím se otevřít vše, co mě napadá, i maličkosti před kterýma jsem zavíral oči, otevřít úplně všechno hlavně to, co se mi nechce“.

1.3 Fáze léčby v terapeutických komunitách pro drogově závislé

Adameček, Těmínová-Richterová a Kalina (2003) definují léčbu v terapeutické komunitě jako proces strukturovaný do fází dle pravidel, zodpovědností a povinností. Klient prochází fázemi, což je ukazatelem odpovědnosti, postupu a práce na vlastní změně. Jednotlivé fáze sledují následující cíle:

- Vytvoření struktury
- Pozitivní i negativní hodnocení
- Trénink odpovědnosti
- Uvědomění si možností a limitů, které nám přinášejí jednotlivá životní období a různé situace
- Vytváření takového prostoru, který před klienta staví přiměřené nároky, které mu umožňují růst a při tom respektují fázi jeho vývoje

Fáze léčby vycházejí ze zavedeného konceptu, který se praktikuje ve většině terapeutických komunit. Ten rozděluje léčbu do čtyř fází: **nulté, první, druhé a třetí**. V ČR je obvyklé, že nultá, první a poslední fáze zabírá cca 50 % délky léčby, druhá fáze také 50 % léčby a to platí jak pro roční léčby tak i pro střednědobé v délce šesti až osmi měsíců (Kalina, 2008).

Adameček (2007) pokládá rozdělení programu do fází za důležité pro terapeutický tým, ale také pro klienty samotné, což zatím není podloženo žádným výzkumem, který by byl realizován v České republice.

Na podrobný popis fází odkazují na předešlou práci, kde tomu věnuji více prostoru. Zde chci připomenout rozdílnosti či podobnosti rozdělení fází v různých terapeutických komunitách v ČR.

Tab. č. 1 - Rozdílné pojetí fází v některých terapeutických komunitách v ČR (Zim, 2013).

Zařízení	0. fáze	1. fáze	2. fáze	3. fáze
TK Magdaléna	diagnostická	adaptační	iniciativní	stabilizační
TK Sejřek	ochranná, motivačně-plánovací	adaptační	odpovědnostní	přechodová, odpoutání
TK Renarkon	fáze přijetí léčebného programu	fáze hledání sebe sama	fáze hledání nového stylu života	fáze návratu do normálního života
TK Podcestný Mlýn	adaptační	motivační	zodpovědnost	odpoutávání
TK Salebra	přípravná	motivační	individuální	odpoutávání
TK WHITE LIGHT I.	rozhodovací	adaptační	nácviková	odpoutávací
TK AVE	novic	domovník	majordomus	kandidát

(s použitím internetových zdrojů)

Model čtyř fází léčby je využíváný terapeutickými komunitami v ČR. Existují ale rozdíly v tom, jak jednotlivé komunity tyto fáze pojmenovávají a definují, jak ilustruje tabulka č. 1. Rozdílné zaměření komunit, cílová skupina klientů a nebo délka léčby v jednotlivých komunitách hraje důležitou roli při definování uvedených fází. V některých TK nemají žádné specifické názvy jednotlivých fází, používají pouze termín „*fáze*“, tyto v přehledu neuvádím.

Pro srovnání uvádím, že Kratochvíl (2005) popisuje také čtyři stádia vývoje byt' uzavřené skupiny, která se od otevřené skupiny v TK liší. Přesto se jako vhodné jeví, tato stádia zmínit:

- První stadium: **orientace a závislost** (účast členů je váhavá, znepokojivá, nejistá a současně závislá).
- Druhé stadium: **konflikty a protest** (sebeprosazení členů, rivalita, soupeření o moc, vznikají vzpoury proti autoritě).

- Třetí stadium: vývoj koheze a kooperace (vědomí „my“, snížení napětí, přijímání společných norem a hodnot, společná práce).
- Čtvrté stadium: cílevědomá činnost (skupina funguje jako integrovaná pracovní skupina, dosahování náhledu a změn postojů).

Vývoj členů uzavřené skupiny v procesu léčby je více identický oproti otevřené skupině. Ví se, kdy je začátek a konec skupinového procesu. Podle Yaloma (2008) tyto skupiny mají trvání okolo šesti měsíců.

Proces léčby v otevřené skupině a s ním příchod a odchod členů skupiny je samozřejmostí, počítá se s tím. Klienti jsou na to vesměs připraveni. Skupina je stále funkční a nezaniká a udržuje si stálou velikost tím, že nahrazuje členy, kteří odcházejí ze skupiny.

Rozčlenění terapie do fází se používá i v poradenském procesu a psychoterapii. Například Culley a Bond (2008) používají teoretický rámec fází pro svou terapii, aby měla strukturu a činnost nebyla chaotická a náhodná. Fáze se nazývají: **počáteční, prostřední a závěrečná**. Terapeutický proces podle těchto fází umožňuje klientů lépe se orientovat v celém procesu.

Fromm (1994) k cílům léčby a rozhodnutím v terapeutickém procesu uvádí, že klient by měl „*chtít jednu věc*“ a vytknout si jeden hlavní cíl. Umět se pro to rozhodnout a nebát se vytknout si jeden důležitý cíl, být jeho dosažení oddán a soustředit na to veškerou svou energii.

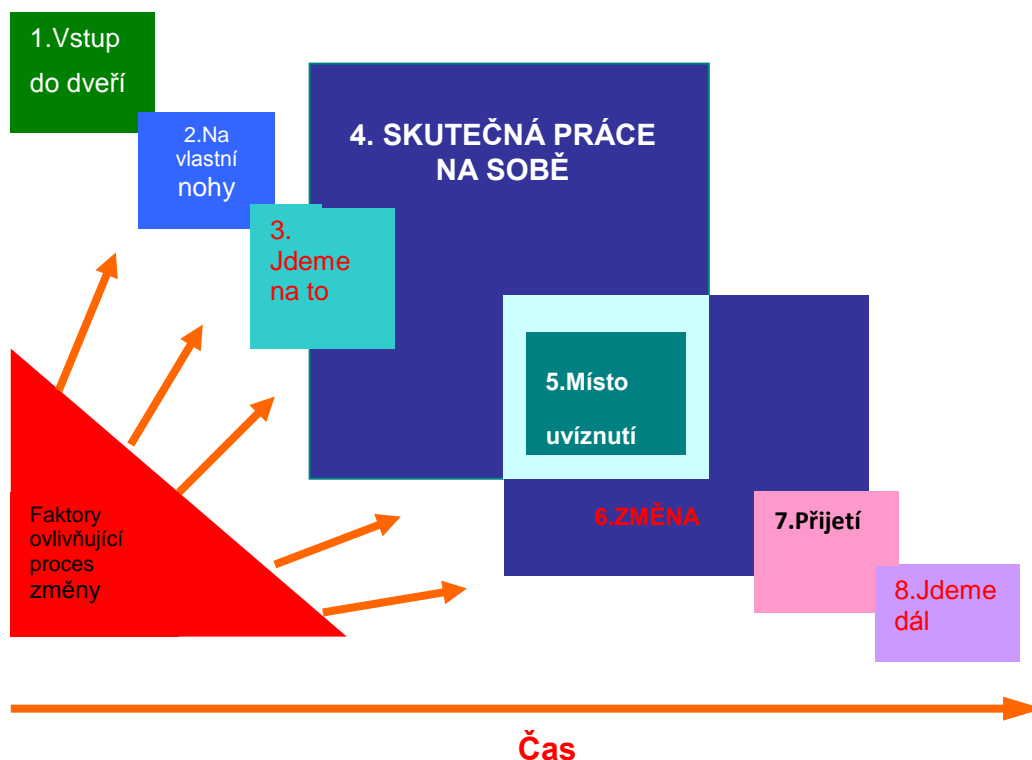
Z výše uvedeného usuzuji, že struktura je v každé terapii pro klienta velmi důležitá. Členění léčby v TK na jednotlivé fáze je proto jedním ze základních nástrojů léčby. Doposud nikdo nepřišel s jiným konceptem léčby v TK, který by se výrazně uchytil nebo o kterém by se v odborné veřejnosti významně hovořilo.

1.4 Výzkumy zaměřené na proces léčby z pohledu klientů v TK

Poznatky k tématu vnímání procesu léčby klienty přináší výzkumná práce Sugg v britské terapeutické komunitě pro uživatele drog. Pomocí kvalitativních metod uskutečnila výzkum na vzorku dvanácti klientů. Postupovala retrospektivně pomocí analýzy individuálních interview, z nichž došla k závěru, že klienti člení

svoji léčbu do osmi fází. Pro jejich názvy použila výrazy klientů, což ilustruje obrázek č. 2 (Radimecký, 2007).

Obrázek č. 2 – Osm fází procesu léčby dle vnímání klientů (Sugg, 2003).



Jednotlivé fáze charakterizovala Sugg (2003) takto:

Ad 1. „Nevím nic o sobě ani o tom, co je to léčba v terapeutické komunitě“. To platí pouze pokud klient/-ka v terapeutické komunitě ještě nebyl/-a. Pokud ano, může se stát, že jeho očekávání nejsou v daném programu léčby naplňována a má tendenci současnou komunitu srovnávat s tou předešlou.

Ad 2. „Zjišťuji, co je třeba dělat s mým self, s pocity, s „nohama“ a mám z toho obavy“. Klient prožívá pocity strachu a paniky, uvažuje o „útěku“ z programu léčby v terapeutické komunitě, ve skutečnosti může jít spíše o útěk před sebou samým. To pravděpodobně v důsledku toho, že si klient v interakci s dalšími rezidenty uvědomí, jak rozsáhlé změny životního stylu by měl v programu dosáhnout.

Ad 3. „Připouštím si, že bych se měl změnit“. Klient začíná uvažovat o změně a začíná testovat různé vzorce chování a jednání a také to, co mu mohou přinést.

Ad 4. „Musím „makat“, to zejména znamená vyrovnat se s minulostí, pokud se chci změnit“. Dochází k průlomů v přístupu klienta k sobě a k programu léčby v terapeutické komunitě, klient/-ka začíná objevovat sám/sama sebe.

Učí se porozumět svému self, vztahům a individuální potřebě užívat drogy.

Ad 5. „Uváznutí, strach ze změny, když se vidím jít dopředu“. Klient/-ka se dostává do fáze, kdy si uvědomuje, že by se měl/-a navždy rozloučit se svou minulostí, se svým starým self, drogami, stylem života, což v něm probouzí pocity strachu. Ty mohou na jedné straně vést k pocitům bezradnosti a promítnout se v touze z terapeutické komunity odejít, na straně druhé mohou vést k nalezení odvahy „poprat se s problémem“, což je významný předpoklad pro dosažení komplexní změny chování.

Ad 6. „Můžu to dokázat, dokážu být jiný, svět není tak špatný“. Klient/-ka dosahuje změn v přesvědčení (můžu to dokázat), ve způsobu přemýšlení (o sobě, o světě a lidech kolem sebe) i v chování, kdy především přebírá osobní odpovědnost za změnu, své chování podrobuje kritice a učí se novým formám chování respektive se nutí chovat se jinak, než dříve.

Ad 7. „Odpuštění sobě i druhým, rozloučení se se starým životním stylem“. V této fázi je pro klienty důležité vyrovnat se s minulostí a přijmout sám sebe takového, jaký je.

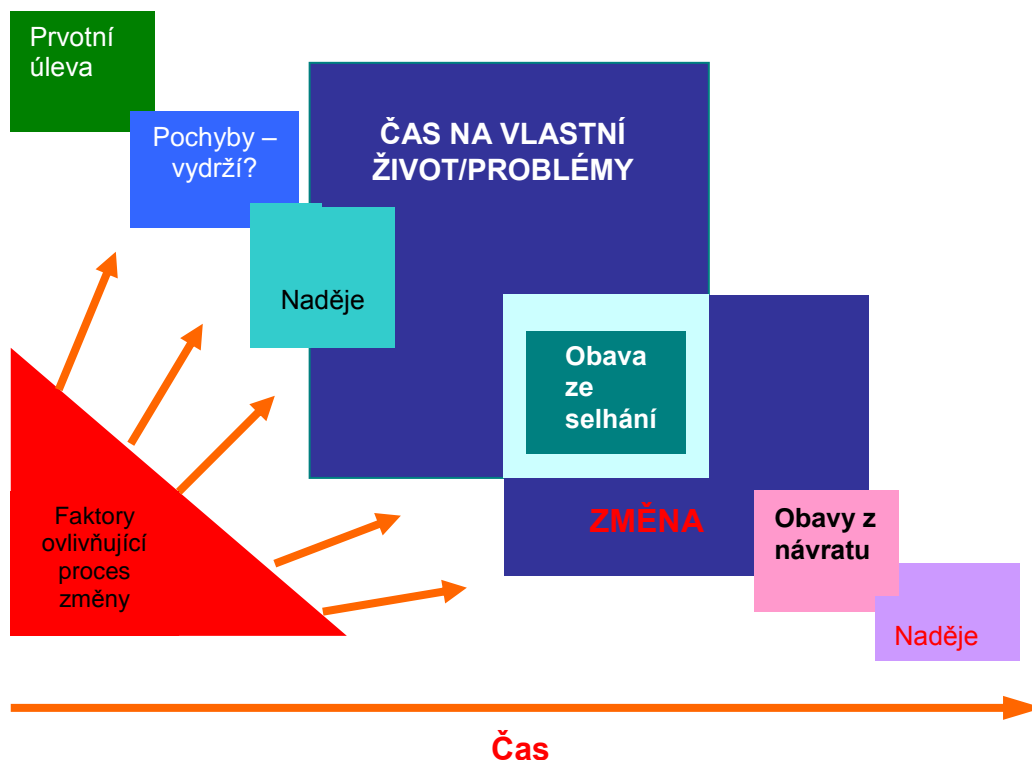
Ad 8. „Soustředění se na odchod a „balení“. V této fázi jde zejména o podnikání konkrétních praktických kroků, které souvisejí s klientovým odchodem z programu. Snaží se najít práci případně školu, kde by mohl pokračovat ve studiu, v případě potřeby bydlení, vyhledávat nové lidi, kteří nejsou zatíženi zkušeností s užíváním drog respektive s těmi, kteří drogy neužívají apod. (Radimecký, 2003).

Tyto poznatky nelze zobecňovat, nicméně přinášejí orientační inspirativní rámec toho, co se s klienty děje v průběhu léčby a proč se chovají tak, jak se chovají. Je to pohled, který může být zajímavý hlavně pro pracovníky zařízení TK proto, aby nevytvářeli program podle toho, co si myslí, že by mohlo pomáhat, ale podle toho, co skutečně klienti těchto zařízení potřebují. Znat rámec a kvalitu prožívání klientů v tomto procesu může pomoci pracovníkům komunit být efektivní, s přiměřenými nároky na klienty a s dobrou sebereflexí vlastního přístupu.

Obrázek č. 3 ukazuje osm fází v úrovni prožívání procesu léčby klientů (Radimecký, 2007). Tento obrázek ukazuje to, co v procesu léčby prožívají klienti. Střídání úlevy, pochybností, naděje a obav je charakteristické pro léčbu klientů. Dále je vidět, že zásadní změna se neděje v úvodu nebo na konci léčby, ale uprostřed celého procesu léčby. Vstup do léčby a uzavření procesu léčby je velice významným okamžikem. Nicméně je to pouze ohraničení celého procesu.

Významný úsek je tam, kde se léčba přechyluje do své druhé poloviny. Také nelze opomenout to, že klientova změna odchodem z TK nekončí, pouze končí jedna etapa životních změn.

Obrázek č. 3 – Osm fází procesu léčby na úrovni prožívání klientů (Sugg, 2003).



Poznatky Sugg jsou zajímavé a inspirativní, nicméně mají svá určitá omezení. Například jednotlivé fáze nemusejí vždy jít v takto znázorněné posloupnosti, mohou se různě překrývat ale i opakovat nebo trvat déle. Moje zkušenost s některými klienty je, že projdou celou léčbou a výrazná změna nastane až u konce, např. po zkušenostech na týdenních výjezdech domů ve třetí fázi, cca měsíc před koncem.

Nicméně výsledky Sugg jsou velmi odvážným a zdařilým pokusem nahlédnout do zkušenosti klientů v léčbě. Citlivý přístup autorky ukazuje, že jí zajímalo skutečně to, co klienti v léčbě vnímají a prožívají.

1.5 Shrnutí poznatků z předchozího výzkumu

Tématu pohledu klientů na proces léčby jsem se věnoval ve své bakalářské práci. Na vzorku sedmi klientů jsem se pomocí retrospektivního přístupu snažil zodpovědět na výzkumné otázky ohledně vnímání léčby očima klientů. Výzkumu se účastnili klienti TK WHITE LIGHT I. v období 06/2012 – 01/2013. Použil jsem dvě metody sběru dat: **semistrukturovaný rozhovor** s klienty a **textovou analýzu dokumentace** TK vedené o klientech (kniha hlášení, deníky).

Při popisování a pojmenovávání fází jsem vycházel z toho, co klienti vnímají a prožívají, co se s nimi v těchto obdobích/fázích děje. Zjistil jsem, že klienti mají tendenci vnímat léčbu v dělení na několik fází (viz. tabulka č. 2).

Tab. č. 2 - Přehled charakteristik a pojmenování fází dle období.

období:	výsledky a výstupy:			fáze:
0-2 měsíc	pocity a prožívání nejistoty, nedůvěry v sebe a vnitřního zmatku vztahujících se k sobě	prožívání nedůvěry a obav k druhým	zabývání se odchodem a útekem z léčby	hledání a nejistoty
3-4 měsíc	dvě polarity jejich prožívání, něco nového příjemného a nepříjemného a vzájemné střídání těchto poloh			ambivalence
5-6 měsíc	uvědomění si a zpevňování svých nových kvalit	přebírání zodpovědnosti za sebe i druhé		zodpovědnosti
7-8 měsíc	rekapitulace a sebeoceňování	odpoutávání se a obavy z nově přicházejícího		bilanční a odpoutávací

Výsledky této práce mohly být zkreslené zejména v tom, že průběh léčby byl i z pohledu klientů rozdělen do čtyř fází. Ty významně kopírují fáze formálně definované operačním manuálem TK. To je možné díky tomu, že s pomocí rozhovorů jsem závěry strukturoval do takto vymezených období. Není to nic překvapivého, když na konci léčby vnímají celý proces dle vodítka fází. Hlavně rituální přestupy do těchto fází mohou být dostatečně silné momenty, podle nichž

léčbu takto strukturovali.

Rovněž role málo zkušeného výzkumníka měla vliv na zkreslení výsledků. Také použitý retrospektivní přístup mohl představovat limity validity a reliability získaných poznatků. Pohled klientů z konce léčby na její průběh, může být rovněž půdou pro možná zkreslení a to i neúmyslná. Klienti při vzpomínání viděli pro ně důležité okamžiky ve značném odstupu i osmi měsíců. Také objem sebraných dat byl vzhledem k tématu mého zkoumání ohledně vnímání procesu léčby klienty omezený.

Nyní se chci tématu procesu léčby z perspektivy klientů věnovat podrobněji. To znamená prospektivně sledovat proces léčby od počátku až do ukončení. Zaznamenávat data z více zdrojů během celé léčby klienta a tato data pak následně zpracovat. Tím významně měním výzkumný přístup. Tato skutečnost by měla přispět ke zkvalitnění výsledků a k vyšší validitě.

1.6 Vymezení základních pojmů

Závěrem teoretické části práce se zabývám vymezením pojmu vnímání a prožívání. Vymezení pojmů vnímání a prožívání je obtížné i přes to, že je běžně v životě používáme. Správným vymezením toho, čím se v praktické části budu zabývat, chci předejít neshodám a nedorozuměním. Dále také seznamuji s tím, jak jsou v této práci tyto termíny používány.

1.6.1 Vymezení pojmu vnímání

Cílem mé práce je zjistit, jak klienti vnímají a prožívají proces léčby. Jakým způsobem vnímají klienti dění v léčbě, je ovlivněno celou řadou faktorů. Tyto faktory a vůbec pojem vnímání je celkem obtížné vymezit. Tato základní funkce člověka je ovlivněna celou řadou aspektů.

Vnímání podle Nakonečného (2000) znamená především to, co ve vztahu k předmětu nebo člověku učiním a co prožívám. Podle toho, jak na mne okolí působí, si vybírám, jak se budu řídit. Před člověkem tedy stojí úkol vybrat činnost, která umožňuje dosáhnout žádaného cíle.

V léčbě klienti volí zejména staré způsoby chování, reagují na vnímanou situaci v TK. Vnímat reálně situace a dění kolem sebe je zpočátku nelehká věc. Má

zkušenost je ta, že počátek léčby je často velmi zatížen přetrvávajícími symptomy po vysazení primární drogy. Jsou to podle Presla a Vokurky (1995) na psychické úrovni zejména neklid, úzkost, podrážděnost, emoční labilita, skleslost, depresivní ladění. Na fyzické úrovni zejména soubor nepříjemných tělesných projevů jako jsou bolesti hlavy, svalů a kloubů, třes, zimnice, nespavost, žaludeční nevolnost. To vše může výrazně ovlivnit to, jak klient vnímá a prožívá úvod procesu léčby.

Burne a Ekstrand (1982) definují vnímání u člověka ve čtyřech konceptech a ve vztazích mezi nimi: koncept zkušenosti, fyzikální vlastnosti, fyziologické vlastnosti a behaviorální koncept.

Klienti nastupující do léčby jsou ovlivněni zkušeností s užíváním drog a s tím spojeným životním stylem. Tato zkušenost má vliv zejména na behaviorální složku osobnosti. Za dobu, kterou stráví tzv. „na ulici“, se významně zpevní behaviorální návyky potřebné k přežití a k obstarání drogy a peněz. To může výrazně ovlivnit vnímání života obecně, vztahu k sobě a druhým lidem, hierarchii hodnot.

Vnímání je proces smyslů, který má počátek a konec, je tedy strukturován a ohraničen. Tento proces smyslů je podle Piageta (1961), Vengera (1969), Graumanna (1966) velmi ovlivněn zkušeností. Tento proces má aktivní operativní povahu a je to proces konstruování skutečnosti pod vlivem vrozených činitelů a učení. Tedy hlavní vliv na to, jak bude klient vnímat proces léčby, mají vrozené základy smyslů a minulé učení.

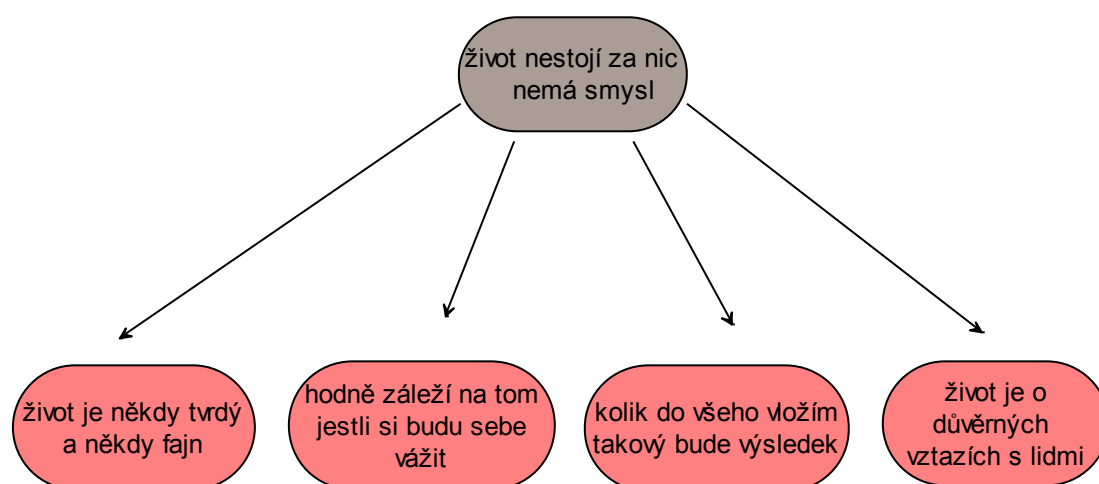
Podle Gibsona (1979) se lidé dívají a vnímají objekty za účelem toho, co nám mohou ostatní poskytnout. Tento koncept vychází z teorie orientace a přežití ve světě. Velmi se tento koncept podobá životu na drogách, který je zredukován na přežití do další dávky.

Podle Plhákové (2003) je vnímání proces organizace a interpretace získávaných informací. Tyto interpretace mohou být značně zkresleny lidským vědomím. Lidé často doplňují tyto informace a mají k tomu přirozenou schopnost. Odvíjí se to od touhy hledání smyslu toho všeho kolem nás. Zároveň chtějí lidé vidět smysluplné celky a rádi seskupují různé objekty. V tomto výzkumu je toto velmi důležité, jelikož i informace od klientů mohou být tímto velmi ovlivněny.

Různé shlukování a seskupování informací do pro klienta smysluplného celku může výsledky významně zkreslovat.

Edgar Rubin (2003) popsal teorie percepčního pole a jeho organizaci. Základní vlastností je „*centrace*“, soustředění se na jednu část vnímaného pole, jež tvoří tzv. „*figuru*“, ta je jasná, výrazná a ohraničená. Pozadí je vše ostatní a je nezřetelné, mlhavé a nevýrazné. Silná tendence seskupovat vnímané předměty do celků je charakteristická pro každého člověka. Toto seskupování, a z toho pro klienty vyplývající smysluplné interpretace, může během léčby vypadat následovně. Na příkladu, viz. obrázek č. 4, uvádím časový sled sebevnímání života klienta v léčbě, podle tvarové (gestalt) teorie percepčního pole :

Obr. č. 4 – Sebevnímání klienta na počátku léčby (*centrace vnímání*) a na konci léčby (*figury*).



Obrázek vnímání klienta ukazuje možný počátek léčby, kdy klient podléhá „*centraci*“ vnímání („*život nestojí za nic, nemá smysl*“). A v ideálním případě konec léčby, kdy vnímání života je součet částí tzv. „*figur*“. Tím bude výsledek, to znamená *centrace*, výrazně ovlivněn a nová podoba může znít např. „*můj život začíná mít smysl*“. *Centrace* není dominantní a je překonána součtem figur.

Z tohoto pohledu je léčba v podstatě proces senzibilace člověka. Proces, kdy se člověk znovu učí vnímat celé spektrum života a vztahů. Tímto bude ovlivněn i můj

výzkum. Předpokládám totiž, že vnímavost klientů na počátku léčby bude zcela jiná, než v jejím průběhu a na jejím konci. Z toho lze usoudit, že i povaha dat bude na konci prospektivního sledování bohatší a rozmanitější, než v úvodu sběru.

1.6.2 Vymezení pojmu prožívání

Vymezit pojem prožívání je také velmi obtížné. Přitom je to běžná součást našeho života, stále něco prožíváme, stále něco vnímáme. I ve spánku člověk prožívá. Mnoho publikací se zabývá emocemi, jejich druhem a fenomenologií. Velice podrobně definují kvalitu různých emocí, ale pojem prožívání je obtížné v definicích najít. Kupodivu mnoho prací se zabývá stavem, kdy člověk neprožívá nic, nebo prožívá prázdnotu či podobně obtížně definovatelné stavy.

Šiffelová (2003) popisuje absenci prožívání u člověka jako neúčast situace teď a tady. Aby jedinec něco prožíval, musí vstoupit do nějakého děje, poslechnout si svůj osobní názor a uvědomit si svůj pocit. Odpoutat se od vnějšku a zacílit pohled do nitra. Proto je také potřeba určité ukotvení a smysluplné směřování, protože existence jen v prožívání pocitů, je velmi vratká a ovlivnitelná.

Klienti v TK vstupují do neopakovatelného děje procesu léčby, jež může být intenzivním obdobím jejich života. Komunita jim poskytuje toto ukotvení a smysluplné směřování. Kooyman (2004) dokonce přináší pohled na terapeutickou komunitu jako na náhradu rodiny. Prostředí komunity nahrazuje podpůrné rodinné prostředí, které většina z nich nikdy nepoznala, nebo měla na své členy negativní vliv.

Vymětal et. al (1997, p. 36) pojem prožívání definuje: „*Jako proces interakce mysli a tělesného pocítování.*“ Tělo a mysl se vzájemně ovlivňují za účasti psychických procesů. Mysl, jako všechny duševní děje a tělo, jako dynamický somatický celek.

Projevy prožívání můžeme pozorovat u druhých jen na povrchu, nikoliv přímo jejich prožívání. Prožívané pocity jsou probíhající vnější nebo vnitřní situace. Ty si v mysli reálně představujeme, promýšlíme nebo na ně vzpomínáme. Subjekt považuje tyto situace za skutečné, i když často může být prožívání intenzivnější než objektivní skutečnost.

Mysl dává možnost rozlišení na smyslné a nesmyslné podněty, pod jednotlivými významy ve formě obrazů a představ. Významy tělesného prožívání, často nepovšimnuty, pociťujeme jako emoce, kterým nemusíme rozumět. Prožívání lze také vymezit jako ovlivňující se procesy tělesného pociťování na úrovni citění - **příjemný/nepříjemný**, představování a myšlení.

Proces prožívání v terapeutické komunitě lze dle Vymětala et. al (1997, p. 37) rozdělit do čtyř úrovní:

- Bezprostřední prožívání reálných událostí, procesů a stavů na tělesné úrovni v daný okamžik (jak tělesně pociťujeme realitu v konkrétních situacích).
- Prožívané významy vzpomínaných proběhlých událostí, situací, vztahů a scén doprovázené citěním i představou smyslových vjemů, které vedly k současnému pociťování (jak tělesně pociťujeme znovuprožívané).
- Myšlení a představování vztažené k bezprostřednímu toku tělesně pociťovaných významů (jak rozumíme významům tělesného prožívání).
- Myšlení a představování, které se odtrhlo od současného reálného pociťovaného stavu a které se řetězí do myšlenkových asociací nebo proudu imaginací a představ (logické řešení, plánování, když si představujeme coby kdyby, když se učíme, čteme). Takové myšlení a prožívání nevychází z tělesného pociťování, ale může ovlivnit a navodit tělesné pociťování, které neodpovídá vnější reálné situaci, ale vnitřní-myšlené a představované situaci.

Teoretickou část ukončuji vymezením pojmu vnímání a prožívání. To považuji za klíčové, protože ve výzkumné části se v rozhovorech s klienty zaměřuji zejména na tyto kvality. Pomocí tohoto zaměření se pokusím zorientovat v tom, jak vnímají a prožívají proces léčby klienti v TK WHITE LIGHT I. Jak se jejich vnímání a prožívání léčby vztahuje k formálně definovaným fázím léčby, jestli vnímají fáze své léčby rozdílně a pokud ano, jak.

Celou léčbu lze chápat jako sled navzájem propojených momentů, které každý klient vnímá a prožívá podle svého jedinečného způsobu a podle své jedinečné osobnosti. Během léčby se naučí a přijme „jazyk“ komunity, kterým se jeho vnímání sebe, ale i událostí okolo něho, významně ovlivní, tak jako každá intenzivní zkušenost v životě člověka. Výsledkem tohoto procesu je jedinečnost prožitku každého klienta.

To, jestli se navzájem shodnou v některých charakteristikách procesu léčby, je otázkou, které se v následující části věnuji. Dále se chci pokusit odvodit a pojmenovat fáze, které budou mít vypovídací hodnotu a porovnat je s formálně definovanými fázemi léčby, dle operačního manuálu TK WL I.

To, jak klienti vnímají a prožívají proces léčby, jsem rozdělil v každém z pěti definovaných období do třech charakteristických oblastí, jež přibližují to, jak klienti subjektivně vnímají jednotlivá popisovaná období v léčbě:

1. Pocity a emoce v procesu léčby
2. Postoj k léčbě a ke změně
3. Interpretace současného stavu (klientem, ostatními členy skupiny, týmem).

2. Praktická část

2.1 Kvalitativní výzkum a zakotvená teorie

Podle zakotvené teorie Strausse a Corbinové (1999) zkoumáme nějakou oblast a čekáme, až se pomocí indukce něco významného vynoří. Nemáme tedy teorii, kterou ověřujeme, ale údaje, z kterých pomocí analýzy teorii tvoříme. Výsledkem je teoretické vyjádření zkoumané reality, nikoli sada vypovídajících čísel a hodnot.

Nekladu si tedy otázku, zda proces nebo terapie funguje, ale otázku, jak tento proces vnímají a prožívají klienti. Předpokládám, že proces pobytové léčby v terapeutické komunitě je funkční, což naznačují a dokládají zahraniční výzkumy. Základní výzkumy v terapeutických komunitách popsal důkladně De Leon (2004) v 90. letech. Jeho shrnutí sahají cca 30 let do minulosti a obsahují zkušenosti v Severní Americe, která měla ve výzkumech před Evropou předstih. Zabývají se především účinností léčby, retencí, léčebným procesem a účinností TK. Zejména výzkumy orientované na léčebný proces poskytly popisy základních prvků přístupu v TK, koncepce léčebného procesu, stadia úzdravy a některé aktivní součásti léčebného procesu.

Evropské výzkumy dle Kaliny (2008) stojí rovněž za pozornost. Jsou méně rozsáhlé a zaměřují se více do hloubky na metody a účinné faktory TK.

Nedílnou součástí těchto výzkumů byl a je také kvalitativní přístup. Tento přístup mnohdy jako první metoda něco odhaluje, nebo se snaží porozumět podstatě jevu, o kterém toho zatím moc nevíme (Strauss, Corbinová, 1999).

Metody používané v kvalitativním výzkumu představují podle Zábranského (2003) rovnocenného partnera metodám kvantitativním. Jejich zaměření směřuje ke zkoumání skrytých jevů, kde použití kvantitativní metody je v zásadě nemožné.

2.2 Cíl výzkumu

Proces, kterým klienti v léčbě závislosti procházejí a kterým se zabývám, popisuje Strauss a Corbinová (1999) jako spojení několika sekvencí nebo interakcí, které jdou zachytit pomocí stádií nebo fází. Zaměřuji se na progresivní pohyb vpřed, který se pokusím pojmenovat a vyjádřit ve fázích nebo podobných obdobích.

Cílem výzkumné části je porozumět - pomocí prospektivního sledování - prožívání klientů ve vztahu k fázím léčby, tedy to, co vnímají a prožívají během léčby v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I. Pochopení toho, co klienti prožívají, považuji za významné ve vztahu k fázím léčby, ale i k samotnému programu, který je tvořen terapeutickým týmem.

Maxwell (2005) zmiňuje tři důležité cíle u kvalitativního výzkumu. Jeden z nich mluví o přínosu pro praktické využití, tedy o využití v praxi. Často u přestupů klientů do jednotlivých fází dochází k různým nedorozuměním mezi týmem a klienty v názoru na to, co by měli klienti v jednotlivých fázích splňovat. Těmto momentům je potřeba umět dobře porozumět, jak ze strany týmu tak pohledem klientů, aby rozhodnutí nevyvolávala pochybnosti.

Tým může použít právo veta, a tím prosadit svůj názor. To ale není pro zlepšování kvality programu vždy efektivní. Proto se vydávám cestou výzkumu a porovnávám to, jak klienti vnímají a prožívají proces léčby s nároky, definovanými terapeutickým týmem.

K provedení výzkumu jsem zvolil kvalitativní design, protože cílem výzkumu není kvantifikace dat ani ověřování hypotéz, ale snaha porozumět pohledu klientů a terapeutů a současně ověřit, zda vybrané metody a postupy přinášejí očekávanou kvalitu dat.

Jak klienti vnímají a prožívají léčbu, se snažím zjistit s využitím kvalitativního přístupu, který je podle Zábranského a Miovského (2008) na výzkumná témata zaměřující se na prožívání procesu vhodný.

2.3 Výzkumné otázky

Způsob, jakým si výzkumník klade výzkumnou otázku a jakým způsobem to dělá je podle Strausse a Corbinové (1999) velmi důležité a zásadní pro celou následnou práci. Je to důležité také hlavně pro to, aby byla dobře vybrána výzkumná metoda. Dále je nezbytné vymezení hranic toho, co se bude zkoumat. Není možné prozkoumat všechny aspekty zkoumaného problému.

Zaměřuji se na vnímání a prožívání procesu léčby klienty. Chci se co nejvíce přiblížit jejich autentickému prožívání léčby a jejich jednotlivých úseků. Proto jsem,

pro dosažení cíle výzkumu, formuloval následující výzkumné otázky:

- 1. Jak vnímají a prožívají klienti terapeutické komunity WL I. proces své léčby?*
- 2. Jsou mezi formálně stanovenými fázemi léčby a těmi, které vnímají klienti, nějaké rozdíly? A pokud ano, jaké?*

První otázkou chci zjistit, jak vnímají a prožívají klienti celý proces léčby, od nástupu až po výstup z ní. Vnímají proces léčby kontinuálně nebo si jej subjektivně člení do různých období/fází, podle svého individuálního klíče? Jaké jsou nejčastější pocity a emoce, které v různých obdobích léčby prožívají? Jak se jejich prožívání vyvíjí na úrovních příjemné/nepříjemné, ve vztahu k sobě a okolí? Existují nějaké opakující se periody?

Druhou otázkou chci zjistit, zda lze z výše zmíněných informací pojmenovat a definovat fáze, vycházející z toho, co klienti vnímají a prožívají nejčastěji. Jde mi o to, najít společné faktory či kvality procesu léčby, a z toho odvodit adekvátní pojmenování fáze, které by vyjadřovalo nejvýznamnější proces či kvalitu konkrétní fáze tak, jak je vnímají klienti. Také bych se chtěl pokusit porovnat formálně stanovené fáze TK s fázemi, jak je vnímají klienti. Jde mi tedy o to, identifikovat možné odlišnosti či spojitosti a případně poskytnout korekce či návrhy pro opatření do budoucna.

2.4 Metody získávání dat

Ve výzkumné části jsem použil dvě metody sběru dat: **semistrukturované rozhovory** s klienty a **dokumentaci** TK vedené o klientech a klienty:

Zdroje psané terapeuty: zápisy z porad o klientech, zápisy z individuálních pohovorů s klienty, zápisy ze skupin.

Zdroje psané klienty: deníky klientů, 14 - denní periodické hodnocení klientů, zápisy z rad starších/mladších klientů, zápisy z podpůrných dvojic.

Tyto metody se vzájemně doplňují. Semistrukturované rozhovory a deníky, jak uvádí Hendl (2005), jsou vhodné, když se zajímáme o to, co si lidé myslí nebo cítí,

či v co věří a co dělají v soukromí. Kdežto pozorování a zaznamenávání toho, co lidé říkají a jak se chovají na veřejnosti, přinášejí zápisy z porad, zápisy z individuálních pohovorů, zápisy ze skupin, 14 - denní periodické hodnocení klientů, zápisy z rad starších/mladších klientů, zápisy z podpůrných dvojic, ve kterých jsou tyto postřehy zaznamenávány také členy terapeutického týmu, nebo klienty skupiny.

Semistrukturovaný rozhovor vyžaduje určitou přípravu, protože si vytváříme určité schéma (okruh otázek) pro výzkumníka závazné. Vyžadujeme upřesnění a vysvětlení odpovědi účastníka, jak danou věc myslí. Neustále si ověřujeme, zda jsme to správně pochopili a případně interpretovali, klademe doplňující otázky, s tématem jdeme do hloubky vzhledem k cílům a definovaným výzkumným otázkám. Často pokračujeme do té doby, dokud účastník dává smysluplné a pro výzkum relevantní odpovědi. Z tohoto typu rozhovoru máme definované minimum témat a otázek, které chceme probrat. Často se na základní otázky nabaluje množství doplňujících témat a otázek, které se v tu chvíli jeví jako smysluplné. Výhodou semistrukturovaného rozhovoru je, že dokáže eliminovat nevýhody metod nestrukturovaných a strukturovaných, vytěžit současně maximum jejich výhod. Tento typ interview nemá příliš nevýhod (Miovský, 2009).

Pro semistrukturovaný rozhovor jsem měl připravené schéma základních otázek:

- 1) Zkus se zaměřit na to, jak se teď v léčbě máš a čím se nyní zabýváš?
- 2) Můžeš se zaměřit na své pocity a emoce v tomto období a popsat je?

Údaje jsem zaznamenával na papírový arch, který jsem měl předem připravený. Zároveň jsem si data od účastníka členil do časové osy léčby dle týdnů. Jak bylo výše uvedeno, často jsem používal doplňující či upřesňující otázky a ověřoval si, jestli věc dobře chápu.

2.5 Zdroje dat

Data pro analýzu jsem sbíral z několika zdrojů tak, aby poskytla komplexní obraz procesu léčby v TK WL I. Zdroj dat jsem rozčlenil na primární a sekundární

a pomocí datové triangulace minimalizují různá zkreslení. Denzin (1989) označuje použití různých datových zdrojů jako velmi vhodné. Doporučuje sbírat data v různých časových momentech či obdobích. Níže uvedu celkový přehled všech zdrojů dat, které byly použity.

2.5.1 Výzkumný soubor – primární data

Základní soubor výzkumu tvoří 15 klientů (sedm žen, osm mužů) terapeutické komunity WHITE LIGHT I., což je maximální kapacita zařízení. Ti absolvovali resocializační pobyt v letech 2013-2014 v délce 6-8 měsíců. Klienti mají psychiatrem diagnostikovanou závislost na návykových látkách. Jejich pobyt je dobrovolný, věkové rozpětí klientů je 17- 36 let.

Výběrový soubor výzkumu tvoří sedm klientů (tři ženy, čtyři muži) terapeutické komunity WHITE LIGHT I., kteří absolvovali resocializační pobyt v letech 2013-2014. Důležitým kritériem pro vstup do výzkumu byla motivace klientů ke změně dosavadního způsobu života. Výběr souboru byl podle Miovského (2009) záměrný (účelový), u kvalitativního přístupu nejrozšířenější způsob. Cíleně jsem volil účastníky podle jejich motivace, podle toho, aby byla přítomná pravděpodobnost dokončení celé léčby.

Data od klientů jsem sbíral během celé jejich léčby v 14 - denních intervalech. V období 10/2013 – 09/2014 se výzkumu účastnilo sedm klientů, tři ženy a čtyři muži s věkovým průměrem 28,8 roku. Po 12 dnech ukončil léčbu a tím vypadl z výběrového souboru jeden účastník výzkumu (není zahrnut do statistických dat, jelikož nebyla sebrána žádná data). Věkový průměr žen byl 27,3 roku, mužů 30,3 roku. Nejmladší účastník měl 22 let a nejstarší 34 let. Základní údaje o výzkumném souboru, shrnuje tabulka č. 3.

Tab. č. 3 - Přehled základních údajů o výzkumném souboru.

	počet klientů	věkový průměr klientů	věkový průměr klientů	primární droga pervitin	celkový počet léčeb	ukončení ve 3. fázi	délka léčby v měsících
ženy	3	27,3	28,8	3	6	3	8,1
muži	3	30,3		3	9	3	

S účastí ve výzkumu souhlasili všichni účastníci. Výběr účastníků neměl jiná kritéria, než jaká jsem uvedl v úvodu této kapitoly, tzn. vysoká motivace ke změně dosavadního života. Podrobnou ani zevrubnou osobní, rodinnou či drogovou anamnézu nepovažuji vzhledem k cílům práce za důležitou uvádět. Rovněž psychiatrickou diagnostiku dle MKN-10 nepovažuji za důležitou blíže specifikovat či zmiňovat, patří k hlavnímu kritériu pro přijetí do léčby v TK. Ve snaze zachovat anonymitu každého účastníka a s respektem k jejich výpovědím jsou v této práci veškeré osobní údaje či údaje umožňující identifikaci zúčastněných osob změněny či vynechány tak, aby tato identifikace nebyla možná.

2.5.2 Sekundární data - dokumentace

Maršálová a Mikšík (1990) popisují metodu analýzy dokumentů jako velmi populární metodu, s jejímž využitím lze efektivně získat množství cenných údajů, ukrytých v různých dokumentacích, denících a zápisech.

V rámci mého výzkumu měla významnou roli data z dokumentace (dokumenty), zejména zápisy z porad o klientech vedených terapeuty, zápisy v denících klientů, zápisy z individuálních pohovorů, zápisy ze skupin, 14 - denní periodické hodnocení klientů, zápisy z rad starších/mladších klientů, zápisy z podpůrných dvojic.

Formáty nebo struktura dokumentů, se kterými jsem pracoval, vznikly před zahájením výzkumu bez mého přispění. Jejich význam je definován operačním manuálem TK WL I. Do tohoto formátu jsem nijak nezasahoval, pouze jsem zpracovával aktuální zápisy pořizované do řady let zavedené a ověřené dokumentace.

2.5.2.1. Typy dokumentace

Zápisy z porad o klientech: Zápis je interní materiál TK WL I. Slouží ke stručnému záznamu o současném stavu a průběhu léčebného procesu klientů. Porady o klientech se uskutečňují ve 14-denním cyklu. Na poradě se setkává celý terapeutický tým TK.

Struktura zápisu o klientovi: kontakty, termíny, plány, cíle, terapeutická

smlouva, chování, vztahy s klienty a týmem, pracovní terapie, ocenění, sankce, žádosti, intervence, komentář terapeutického týmu.

Deník: Zvláštní formou získávání dat je dle Miovského (2009) metoda deníků ve skupině. Metodu řadíme mezi zdroje kvalitativních dat, označované jako soukromé textové dokumenty. Metoda se velice dobře kombinuje s interview. Tato forma neumožňuje ovlivnit podobu těchto dat. Možnost zkreslení je omezena, každý, kdo by s daty pracoval, má stejné možnosti. Předností deníků je jejich otevřenost a také volnost pro autora. V TK WL I. je psaní deníků pro klienty povinné, měli by do nich zaznamenávat své osobní pocity a myšlenky z uplynulého dne. Také to, co se jim v uplynulém dni líbilo/nelíbilo, jak na ně působili ostatní ve skupině, co je napadá během dne, jejich úvahy apod. Deník rovněž slouží k zaznamenávání toho, co je pro klienta obtížné říct na skupině.

Zápis z individuálních pohovorů: Zápis se provádí po sezení v rámci individuální práce s klienty. Na těchto sezeních klient se svým osobním terapeutem (případně službu konajícím terapeutem) probírá aktuální témata léčby, případně probíhá krizová intervence vzhledem k současnému stavu klienta.

Zápis ze skupin: Skupinová práce je základním terapeutickým prostředkem v TK. Každý klient má právo přinést na skupinové sezení jakékoli téma. Pokud je navrženo více témat, členové skupiny hlasují o tom, které téma dostane při setkání skupiny přednost. Základní rozdělení skupin dle jejich zaměření: Přijímací skupina, dynamická skupina, autobiografická skupina, interakční skupina, prevence relapsu, dělené skupiny, mimořádné skupiny. Z těchto skupin přítomný terapeut vypracuje záznam, subjektivní vidění a hodnocení dění a průběhu skupiny.

14-denní periodické hodnocení klienta: Probíhá hodnocení nejvýznamnějších okamžiků a situací ze života jedince v komunitě za uplynulé období 14 dní. Důraz není kladen na to, co se stalo, ale na to, co klient v souvislosti s danou situací prožíval a jaké z ní měl pocity, co se v něm odehrávalo.

K tomu slouží sebehodnotící formulář klienta, který samostatně vypracuje.

Struktura hodnocení klienta: problémy s pravidly, vztahy ve skupině, co se mi povedlo-nepovedlo, ocenění-kritika, vztahy s rodinou, problémy s úřady, konflikty a řešení, cíle a jejich splnění, hodnocení práce a zdraví, témata terapeutické smlouvy, chutě na drogy a práce s nimi, cíle pro následující období.

Zápisy z rad starších/mladších klientů: Klienti ve 2. a 3. fázi se 1x týdně sejdou ke krátkému zhodnocení atmosféry ve skupině a jednotlivých klientů ze zbývajících částí skupiny. Setkání vede zpravidla šéf domu, v jeho nepřítomnosti klient zvolený ostatními. To krátce zapíše do zápisu a předají terapeutovi.

Obdobně jako tzv. „starší“ klienti, i klienti v 0. a 1. fázi „mladší“ se 1x týdně sejdou ke krátkému zhodnocení atmosféry ve skupině a jednotlivých klientů ze zbývajících částí skupiny. To krátce zapíše do zápisu a předají terapeutovi ve službě. Zápis slouží jako podklad pro poradu týmu, pro hodnotící skupinu nebo pro velkou komunitu.

Zápisy z podpůrných dvojic: Významnou součástí práce TK je vzájemná podpora mezi vrstevníky – klienty. V případě podpůrných dvojic určí šéf domu dvojice klientů, které se setkají 1x týdně na nejméně 30 min. Vzájemně si sdělí své problémy, s nimiž se zrovna potýkají, každý ze dvojice zapíše hlavní diskutované body toho druhého do formuláře. V případě lichého počtu klientů ve skupině, bude jedna trojice.

Struktura podpůrných dvojic: Co klient řeší v současné době, z čeho má obavy, s čím má problémy, co se mu daří (WHITE LIGHT I., 2014).

2.5.3 Triangulace dat

Uvedené jednotlivé metody sběru dat mají svá omezení, proto mohou vést k nepřesným výsledkům. V kvalitativním výzkumu je vhodné vycházet z různých zdrojů, a proto získávat data více výzkumnými nástroji a z různých zdrojů. Triangulace dat získaných různými metodami umožňuje minimalizovat různá zkreslení, vzniklá při získávání údajů. Také můžeme zjistit, zda se získané údaje liší nebo doplňují, překrývají nebo naopak si odporují. Miovský (2009, p. 265) dále

poukazuje na to, že: „*Čím bohatší jsou zdroje dat, tím bohatší možnosti máme pro následnou analýzu a interpretaci.*“ Důležitým kritériem je také vazba mezi jednotlivými údaji. Menší vazba nabízí větší naději na odhalení zkreslení (Miovský, 2009).

Určit reliabilitu a validitu v kvalitativním výzkumu je poměrně složité, triangulace to umožňuje. Přístup si lze představit jako měření jednoho bodu v prostoru, ze tří různých míst. To ve výzkumné praxi znamená, využít co nejvíce různých nástrojů, kterými budeme nějakou informaci zjišťovat a ověřovat (Ferjenčík, 2000). Z těchto důvodů jsem volil takto širokou základnu pro získání dat.

Jako zdroj získávání dat jsem zvolil semistrukturované rozhovory a níže zmiňovanou dokumentaci. Celkem tedy několik zdrojů dat různého charakteru, první zdroj je rozhovor za přítomnosti výzkumníka, další zdroje měly charakter soukromého dokumentu (deník, 14 – denní hodnocení). Ostatní zmiňované zdroje zahrnují zejména záznamy z pozorování a naslouchání jiných terapeutů a také klientů ze skupiny.

2.6 Metody a postup zpracování dat

2.6.1 Postup zpracování dat

Zpracování kvalitativních dat dle Miovského (2009) obnáší několik po sobě jdoucích kroků, na kterých závisí výsledek. Technicky je potřeba zpracovávat data pro následnou analýzu. Je třeba provést úpravy a členění do menších částí, práce s těmito daty je charakterizována cyklickým opakováním jednotlivých fází. Nepracuje se pouze lineárně, ale podle výstupů se vracíme zpět a naopak.

Rozhovory jsem zapisoval na záznamové archy a poté přepsal do textové podoby aplikace Word. Během rozhovorů jsem prováděl určitou redukci, účastníci měli občas tendenci hovořit o událostech v léčbě a v jejich životě, které nesouvisely s tématem. Jelikož pracuji v zařízení, měl jsem velkou výhodu, protože jsem se mohl kdykoliv při nejasnostech při přepisu či analýze obrátit na účastníky výzkumu a požádat je o vysvětlení/doplnění.

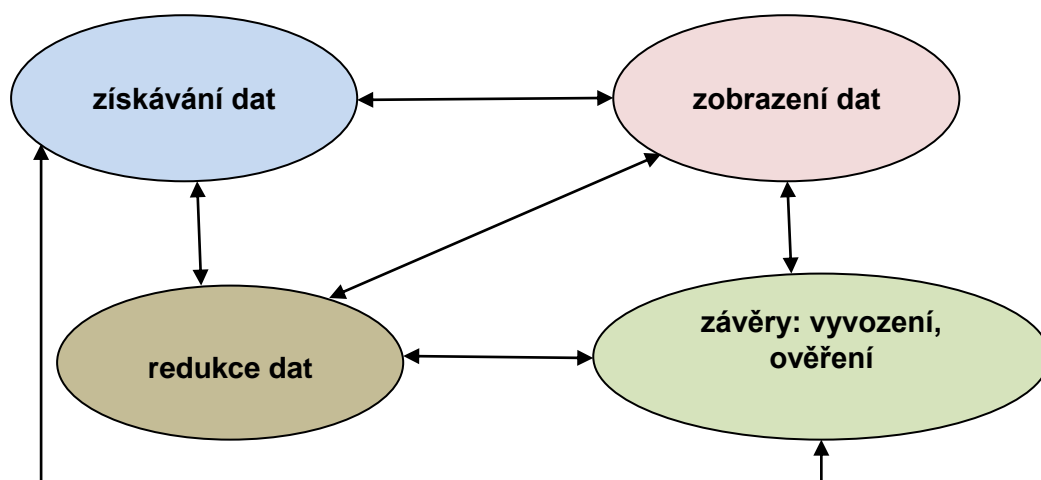
Data z dokumentace jsem zpracovával s primární redukcí vzhledem k velkému množství. Následně jsem je přepsal na záznamové archy ve formátu A 1. Toto mi

umožňovalo nezbytnou přehlednost a prostor vidět souvislosti. Analyzovaná data jsem poté přepisoval do textového dokumentu Word. Při zápisech a analýzách jsem prováděl různé doporučené technické úkony jako např. redukci, třídění, popisování, doplňování poznámkami, systematizování a hlavně barvení textu, které se mi nejvíce osvědčilo (Miovský, 2009).

Při následné analýze dat jsem se získanými informacemi pracoval bez ohledu na to, z jakého zdroje pocházely. Informace z rozhovorů měly povahu určitého souhrnu 14 denního období v léčbě. Data z dokumentace sloužila k ověřování, potvrzování, doplňování a propojování získaných informací.

Huberman a Miles (1998) znázorňují „*model interaktivní práce s daty*“ (viz. obrázek č. 5), ve kterém rozlišují různé fáze práce s daty: získávání dat, zobrazení dat, redukce dat a vytváření závěrů. Tento model jsem praktikoval ve svém přístupu.

Obr. č. 5 - *Interaktivní model práce s daty (Huberman, Miles, 1998)*



2.6.2 Metody zpracování dat

Základním krokem, jak už jsem uvedl, bylo převedení dat z textové psané formy do textové podoby aplikace Word a úprava dat do podoby vhodné k zahájení kvalitativní analýzy. Zvolil jsem metodu kvalitativní obsahové analýzy, jelikož je vhodná pro analýzu dat v textové podobě a zkoumá významy, myšlenky a výroky zjevné nebo skryté v textu. Textová (obsahová) analýza je podle Ferjenčíka (2000)

metoda, která se soustřeďuje na rozbor písemných sdělení textu. Použitím této metody můžeme ověřovat hypotézy, například „o čem to vypovídá“ nebo „kdy se stala událost nebo děj, o němž se píše“. Analýza dat je považována za nejobtížnější fázi celého výzkumu.

Dle Miovského (2009) můžeme touto metodou objasnit význam jakéhokoli textového dokumentu s cílem hledat souvislosti k určenému tématu. Často se tato metoda kombinuje s interview, pozorováním nebo jinou metodou. Analýza se zaměřuje na obsah a formu, jejichž prostřednictvím výzkumník pomocí klasifikace a kategorizace získává jednotky analýzy, které může zpracovat a poté interpretovat. Každý text jde interpretovat z různých úhlů pohledu, což neznamena, že ten či onen pohled je chybný nebo správný.

Potom následoval proces utřídění, zpracování, klasifikace, redukce prvního - druhého řádu a deskripce, což se pokládá za deskriptivní přístup ke kvalitativní analýze. To se dá v širším pojetí chápat jako první stupeň analytické práce (Miovský, 2008).

Dalším krokem analýzy bylo kódování a editorování dat. Jde o proces, kdy jsem data převáděl a doplňoval do segmentů dle názvů či charakteristik. Dále jsem používal metodu barvení textu, která mi umožnila přehlednost. Práce s časovou osou umožnila identifikovat časové jednotky a v nich důležité události či posloupnosti. Celý proces zpracování byl náročný a to jak časově, tak z pohledu porozumění jednotlivým segmentům, hledáním vzájemných vztahů u získaných dat a podobných struktur.

Schwandt (2008, p. 210) definuje tři způsoby, které se dají využít při kódování dat, které jsem použil:

- a) A priori, obsahově specifické schéma je nejdříve vytvořeno z důkladného zkoumání problému nebo tématu. Způsob kódování je pak odvozen přímo výzkumníkem z jazyka dané tematické oblasti. Data tak jsou výzkumníkem zhodnocena a přiřazena do takového schématu.
- b) A priori, neobsahově specifické schéma je vytvořeno a data jsou vkládána do tohoto schématu. Neobsahově specifická schémata jsou

způsoby popisu dat vhodných pro třídění a vytváření typologie. Typologie může být zakotvena běžnou zdravou úvahou nebo může být odvozena od základního rámce prováděné studie

- c) Zakotvená a posteriori, induktivně, kontextově vázané schéma. Z takového schématu může vzniknout typologie. Výzkumník zde využívá jazyka účastníků výzkumu, z něhož generuje kódy nebo kategorie. Jde následně zpět a porovnává segmenty, kódy a kategorie a pročišťuje významy prostupujících z dat.

Závěrečným krokem analýzy kvalitativních dat bylo propojování, komentování a doplňování dat, vyvozování závěrů a verifikace, grafické mapování (Miovský, 2008, p. 220).

- 1) Propojováním dat jsem hledal spojitosti v datech a vzájemně jsem propojoval části ve větší celky, kategorie či trsy.
- 2) Komentováním a doplňováním dat jsem pomocí komentářů a poznámek citlivě rozšiřoval existující data a ta jsem uváděl do vztahů vzhledem ke kontextu, čímž jsem zpřesňoval analýzu.
- 3) Vyvozováním závěrů jsem interpretoval údaje a ověřoval jejich platnost podložením více zdrojů. Verifikace by měla mít oporu v interpretačním rámci, hledáním alternativ, výhod a nevýhod (omezení).
- 4) Grafickým mapováním pomocí přehledných tabulek jsem chtěl čtenářům usnadnit orientaci a umožnit porovnání výsledků.

Během celého procesu jsem pečlivě četl texty a získaná data. Několikrát jsem se v různých časových odstupech vracel k materiálům a tento proces jsem opakoval. Proces analýzy dat byl časově velmi náročný, využíval jsem kreativních pauz k odstupu a následnému zapojení do práce. Pomocí induktivního a deduktivního uvažování jsem postupně utvářel výsledek pro závěrečnou fázi – interpretaci závěrů a porovnání výsledků.

2.7 Prostředí výzkumu

Terapeutická komunita WHITE LIGHT I. je forma pobytové léčby pro uživatele návykových látek v délce 6-8 měsíců, v níž se musí aktivně podílet na dosažení změny svého závislého chování prostřednictvím naplňování cílů. Nabízí bezdrogové prostředí pro skupinu 15 klientů z ČR. V zařízení se pracuje i s klienty ve věku od 15-ti let, bez omezení horní věkové hranice. Služba je určena ženám i mužům, u nichž byla diagnostikována závislost na užívání návykových látek dle MKN 10, nebo jim jejich užívání působí vážné sociální nebo zdravotní problémy. Poskytuje odbornou systematickou péči s individuální a skupinovou terapií, režimovým a bodovacím systémem, kde se klienti podílejí na chodu celé komunity. Zařízení klade velký důraz na práci nejenom s klienty, ale také s rodinou. Délka léčby je kratší, než je v ČR obvyklé, přesto jsou výsledky srovnatelné.

Dalšími léčebnými aktivitami je pracovní terapie, volnočasové aktivity a zátěžové programy. Týden má pevný harmonogram tzv. „*týdenní plán*“, kopírující běžný život „*venku*“.

Služba je certifikovaná, terapeutický tým se skládá z devíti zaměstnanců. TK WL I. je klinickým pracovištěm Kliniky adiktologie 1. lékařské fakulty UK v Praze, místem pro absolvování praxe studentů adiktologie, případně jiných humanitních oborů (WHITE LIGHT I., 2013).

V posledním roce prošlo terapeutickou komunitou WHITE LIGHT I. 44 klientů (33 mužů a 11 žen) z toho řádně dokončilo léčbu 18 klientů (41%), 12 klientů předčasně vypadlo z léčby a 13 klientů pokračovalo v léčbě do r. 2015. Do současnosti prošlo komunitou cca 500 klientů a přibližně dvojnásobek jejich blízkých, nejčastěji členů jejich rodin.

Rozhovory s klienty a sběr dat z dokumentů TK jsem prováděl v pracovních terapeutického týmu. Ty jsou vybaveny příjemným rodinným interiérem. Během pohovorů nebyl nikdo mimo mne a klienta přítomen, rovněž byl zajištěn ničím nerušený prostor, bez možnosti jakéhokoliv odposlechu. Rozhovor jsem zapisoval na záznamový arch, v případě nejasností či doplnění jsem měl možnost klienta znovu oslovit.

2.8 Můj vztah ke zkoumanému vzorku a prostředí

Nyní se chci věnovat potencionálním zdrojům zkreslení a jejich popisu. Podle Miovského (2006) žije ten, kdo provádí výzkum a jeho účastníci v určité vztahové a významové síti. Tato síť je značně složitá a výzkumník by měl mít schopnost jí porozumět. Být schopen si uvědomovat, že při své práci je ovlivněn emocemi, prožíváním a vztahy s blízkými osobami. Čím lépe rozumí těmto procesům, tím menší je možnost zkreslení výsledků. Vztah výzkumníka ke zkoumanému vzorku je často vztah mocenský, on je držitelem určité moci, protože je osoba zodpovědná za výzkum. Proto se zde věnuji také mému možnému vlivu na získané výsledky, jelikož ve zkoumaném prostředí pracuji, účastním se a vedu terapie a skupiny, jsem osobním terapeutem některých klientů a s klienty TK jsem ve vztahovém poli. Také s nimi sdílím významné okamžiky jako například svátky, rituály ale i sportovní, turistické a zátěžové akce.

Tím chci vyjádřit to, že moje přítomnost v roli terapeuta měla určitý vliv. Klienty, kteří se účastnili rozhovorů, jsem v té době velice dobře znal a také oni mne. Atmosféra během těchto rozhovorů byla důvěrná, příjemná a vstřícná. Chyběly rozpaky a nedůvěra, které by v případě výzkumu v cizím prostředí s účastníky, které výzkumník nezná, pravděpodobně byly přítomny.

Zkreslení výsledků může přinést také podobnost zkoumaného účastníka s některým klientem v minulosti. Terapeutická zkušenost s klienty a množství nejrozumnějších situací mohla zanechat vliv na získané výsledky. Během rozhovorů jsem měl snahu kriticky přistupovat zejména k sobě, abych nemanipuloval jak klienty, tak výsledky. Snažil jsem se o přístup, který je typický pro vztah pracovníka a klienta v TK.

K účastníkům výzkumu jsem přistupoval s vlivem, jak doporučuje Miovský (2001), humanistické psychologie a filozofie. Dále autor zmiňuje, že participantovi může být ve svém důsledku samotná výzkumná činnost prospěšná a užitečná, že tento rozměr nelze zanedbat. Klienti si mohli během rozhovoru podrobně zreflektovat svou léčbu, přijít si na důležité poznatky a to si odnést jako cennou zkušenost do života.

Dalším rizikem při zkoumání procesu léčby bylo to, že vedu výzkum a budu interpretovat data tak, abych podpořil vlastní názory či svá vědomá nebo

nevědomá očekávání. Abych toto riziko minimalizoval, kladl jsem důraz na svou sebereflexi při analýze dat. Zvolená triangulace dat snižuje tato zkreslení. King (1996) mluví o podmínce reflektovat zapojení výzkumníkova self do procesu zkoumání. Vychází to s přirozených limitů subjektivního a komplexního kontextu kvalitativního výzkumu a sociálně konstruktivistického přístupu.

Další možnost zkreslení přináší to, že členové terapeutického týmu budou znát jména účastníků výzkumu. To by mohlo vést ke zkreslení výsledků tím, že by tým mohl vědomě i nevědomě udržovat tyto klienty v léčbě či jinak ovlivňovat data. K tomu jsem přistoupil tak, že jména těch, kteří se výzkumu účastnili, nebyla týmu známa.

2.9 Etická stránka výzkumu

Dle Miovského (2009) představuje výzkum z etického hlediska velké množství problémů. Nad etickými pravidly lze uvažovat ve třech různých rovinách: vliv výzkumníka na výzkumné pole a jeho zpětné ovlivnění, ochrana účastníků výzkumu a ochrana výzkumníka.

Etická stránka výzkumu byla s klienty ošetřena tímto způsobem: na počátku jsem jim představil účel práce a podmínky jejich účasti ve výzkumu. Tyto informace jsem jim zopakoval a upřesnil písemnou formou. Před rozhovorem jsem klientům předložil informovaný souhlas shrnující informace o zacházení se získanými údaji, o zachování anonymity a o možnosti odstoupení z výzkumu.

Hlavní body informovaného souhlasu účastníků výzkumného projektu jsou tyto:

- Souhlas s účastí ve výzkumném projektu: „*Proces léčby v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I. z perspektivy klientů*“.
- Souhlas s tím, že mi řešitel výzkumu podrobně a k mé spokojenosti vysvětlil povahu, cíle a důsledky výzkumu, především jaký vliv na mě mohou mít, a že svůj souhlas dávám dobrovolně.
- Stvrzení toho, že jsem obdržel písemné informace pro účastníka výzkumu.
- Poučení o tom, že účast ve výzkumu mi nemusí přinést žádné přímé výhody a že mohu svůj souhlas kdykoliv stáhnout, aniž by to mělo jakýkoliv vliv na mou léčbu či život.

- Zdůraznění toho, že získávaná data/informace nemají vliv na průběh léčby a nemohou proces léčby účastníka výzkumu ohrozit či poškodit.
- Souhlas s tím, že data získaná z výsledků výzkumu mohou být publikována, za podmínky, že nebudu moci být identifikován/a.
- Prohlášení výzkumníka, že dostatečně popsal projekt, povahu a důsledky postupů, které výzkum zahrnuje. Také prohlášení, že klient/ka porozuměl/la vysvětlení a dává souhlas dobrovolně.

Během dlouhého sběru dat jsem se snažil o maximální respekt a zachování bezpečného a důvěrného prostředí. Kladl jsem důraz na to, aby sběr dat nebyl vnímán jako obtěžování a zátěž pro klienty během programu. Myslím, že jsem vytvořil po krátké době optimální způsob, jak sbírat data tak, aby to nebylo klienty vnímáno jako obtěžující. Šlo mi o to, aby je výzkum nějak neobtěžoval, aby klienti neměli pocit, že jsou pod častým drobnohledem výzkumníka. To se mi nejspíš podařilo, protože jsem nezaznamenal jedinou negativní zpětnou vazbu jak od klientů, tak od kolegů v terapeutickém týmu.

Pro zachování anonymity byly všechny údaje, podle kterých by bylo možno klienty identifikovat, změněny nebo vynechány. Na závěr výzkumu jsem všechna data na záznamových arších a v souborech Word skartoval a vymazal a tím zamezil identifikaci všech zúčastněných klientů.

3. Výsledky

3.1 Měření upřímnosti a otevřenosti účastníků výzkumu

V úvodu, než přejdu k prezentaci výsledků výzkumu, uvádím přehled míry upřímnosti a otevřenosti (viz. tabulka č. 4), během období sběru dat účastníků výzkumu. To jsem prováděl během výzkumu paralelně se sběrem hlavních dat. Klienti si každý den, v průběhu večere, dávají anonymní zpětné vazby a definují míru své otevřenosti. K tomu se používá dotazník „*Sympaťáci*“. V něm každý klient uvede – v intervalu od 0 do 100 % - míru své dnešní otevřenosti ve skupině. **Míra mé otevřenosti** – tj. jak jsem byl v průběhu dne ve skupině a/nebo na skupinách otevřený k ostatním – tj. jak jsem k nim byl upřímný, sdílel s nimi své zkušenosti a pocity ve skupině nebo jsem se tomu vyhýbal: úplně uzavřený je 0 % - naprosto otevřený je 100 % (WHITE LIGHT I., 2014).

Tab. č. 4 – Přehled sledování míry upřímnosti a otevřenosti klientů v % během procesu léčby

K1	K2	K3	K4	K5	K6
89,4%	94,4%	99,5%	82,8%	77,5%	100%
průměr u žen - 97,9%					
průměr u mužů - 83,2%					

Diskutabilní jsou klienti K6 a K3, kteří během celé léčby svou míru upřímnosti udávali 100 % a 99,5 %. Je na místě se ptát, zda je tato reflexe upřímná, nebo zda se klient nechtěl pouze zalíbit či být v očích terapeutického týmu „*snaživý*“. Ostatní výsledky se z tohoto pohledu zdají být reálnější, jelikož klienti dokázali reflektovat, že jejich upřímnost kolísá a mění se v čase.

3.2 Odpovědi na výzkumné otázky

Výsledky výzkumu ukazují, že klienti mají tendenci subjektivně členit léčbu do pěti období/fází. V těchto obdobích různě kolísá jejich motivace a jejich prožívání v

procesu léčby. To jak klienti vnímají a prožívají proces léčby, jsem rozdělil do tří charakteristických oblastí:

1. Pocity a emoce v procesu léčby
2. Postoj k léčbě a ke změně
3. Interpretace současného stavu (klientem, ostatními členy skupiny, týmem).

Klienty vnímané fáze se s formálně definovanými fázemi liší hlavně v úvodní a závěrečné fázi. Klienty vnímaný proces je o jednu důležitou fázi delší tzn., klienti člení léčbu do pěti fází, oproti formálně definovaným čtyřem fázím. U středních fází je velká podobnost ve vnímání a prožívání, jak u klientů, tak u formálně definovaných fází.

Výsledky k výzkumné otázce č. 1: ***Jak vnímají a prožívají klienti terapeutické komunity WL I. proces své léčby?***

S použitím níže uvedených postupů jsem získal následující charakteristiky různých období, jež jsem analýzou dat identifikoval. Citace účastníků výzkumu (klientů) budu značit způsobem **K1 – K6** (klient 1, klient 2....), terapeutů označením (**T**).

Vstup do léčby (1 měsíc):

1. Pocity debaklu, výčitky, tenze, strach a obavy, úzkost, výkyvy nálad, vztek, úleva, emoce radosti z čistoty (tj. života bez drog).

K6 (deník) - „*Mám velký strach z toho, co mě tady čeká*“.

T (individuální sezení) - „*Mluvil o výčitkách k příbuzným, byl z toho smutný ale na konci se mu ulevilo*“.

2. Chutě, craving a odchodové krize přítomny s velmi nízkou intenzitou.

K2 (podpůrné dvojice) - „*Občas mám chutě, které zatím zvládám*“.

K5 (deník) - „*Touha po pervitinu jak se o ní tady mluví, u mě není*“.

3. Sebekontrola, maska dokonalosti, neumím o sobě mluvit, velké obavy o

sobě mluvit, nevěřím si.

K5 (zápis ze skupiny) - „*Uvědomil si to, že o sobě neumí mluvit*“.

K1 (zápis ze skupiny) - „*Během skupiny nesundal masku dokonalosti, stále nad věcí a všemu rozumí a vše zná*“.

K2 (podpůrné dvojice) - „*Nevěřím si vůbec v ničem*“.

2 - 3 měsíc v léčbě:

1. Strach ze změny, uzavřenost, pocity samoty, lítost nad sebou, pláč, střídání nálad, hlídání emočních projevů, zmatky v tom, co vlastně prožívám, strach z emocí, cítím se lépe oproti nástupu do léčby, učím se prožívat emoce v přítomnosti druhých.

K3 (deník) - „*Učím se ukazovat emoce v přítomnosti druhých na skupině*“.

K6 (14-denní hodnocení) - „*Jsem často sám a uzavřený, vyhledávám samotu*“.

K3 (deník) - „*Mám v sobě velký zmatek, uvnitř sebe, brečím a je mi všeho líto*“.

2. Období silných chutí na drogy/alkohol, silný craving, odchodové krize a tendence silně přítomny.

K3 (zápis z porady) - „*Prožívá teď velkou krizi, vážně myslí na odchod*“.

K4 (deník) - „*Mám velké chutě si něco dát, cokoliv, asi ze strachu něco dělat*“.

T (zápis ze skupiny) - „*Mluví o krizi a chce jít pryč, je mu zle, dal by si cokoliv*“.

3. Obavy ze sebepoznání, nečitelnost, poprvé si dovolí říkat některé věci o sobě druhým, rozhodování jít do terapie na plno, první konflikty, sebepoznání=úleva, strach jít do hloubky, otázky kdo jsem a mám se rád/a, strach ze změny, více si věřím, řeším konkrétní témata a jasné cíle, častěji sám se sebou, chápání souvislostí z minulosti, otázky - mám jít do terapie?, reflexe starého chování, experimenty s novým chováním, přešlapováním na místě, říkání si o pomoc.

T (individuální sezení) - „*Rozhoduje se, jestli jít do terapie naplno*“.

K1 (deník) - „*Nevím, co se o sobě dozvím ale chci do toho jít, mám teď konflikty ve skupině*“.

K3 (deník) - „*Dochází mi věci, co jsem dělal a jak to vše bylo*“.

4 – 5 měsíc v léčbě:

1. Ambivalence pocitů – samota/kritika, odhalení-pláč, strach z důvěry ve vztazích, strach z rozpadu struktury/osobnosti, cítí se uvolněně, stabilita, vyrovnanost, strach ze sejmutí masky, ambivalence - pochybnosti vs. spokojenost.

K2 (rady mladších) - „*Zaměř se na své pocity a výkyvy*“.

K1 (deník) - „*Jsem podrážděný a bez nálady a pak zase v euforii, často se to střídá*“.

K5 (14-denní hodnocení) - „*Mám strach ze sundání masky, ze sebe, co bude*“.

2. Chutě a craving střední intenzity, nejsou odchodové tendence ani větší krize.

K3 (14-denní hodnocení) - „*Mám chutě na výjezdech a při kontaktu s otcem*“.

K6 (deník) - „*Je chuť na alkohol, ale nic co by se nedalo zvládnout, občas mě to překvapí*“.

3. Chci jít do hloubky, zaměření se na sebe, беру si od druhých a přibližuji se jim, používám sebereflexi, jsem zaplaven mnoha tématy, chci měnit druhé ne sebe, jdu k sobě, otevírám témata z minulosti, riskuju změnu, slyším chválu na můj postup léčbě, mám větší sebevědomí, polevuju v aktivitě, schovávám se a svá témata, stabilita, jsem aktivní a mám chuť být, řeším vztah k sobě, jasně se vymezuji k okolí, přijetí minulosti, větší náhled, objevování sebe.

K6 (podpůrní dvojice) - „*Řeším vztah k sobě, je to pro mě téma č. 1*“.

K1 (rady mladších) - „*Chceme tě podpořit ve zkoušení nového chování*“.

K2 (14-denní hodnocení) - „*Otevírám důležitá témata z minulosti*“.

6 – 7 měsíc v léčbě:

1. Ukazuje svou křehkost a zranitelnost, výkyvy nálad, energie, veselost, uvolněnost, cítí se bezpečně, strach z chutí, obavy z osamostatnění, uklidnění a potřeba být více u sebe, vyrovnanost v běžných situacích, střídání nálad, cítí s druhými.

K2 (zápis z porady) - „*Je teď křehká a působí zranitelně, dovolí si to*“.

K4 (deník) - „*Prožívám nejsilnější emoce v komunitě, někdy nevím co s tím*“.

K3 (14-denní hodnocení) - „*Střídají se mi nálady a někdy i několikrát za den*“.

2. Chutě craving nejsou přítomny – velmi malá intenzita, bez odchodových tendencí a krizí.

K2 (deník) - „*Měla jsem chuť na zátěžovce, na alkohol u té hospody*“.

3. Jdu si pro podporu skupině a druhým, mám nové náhledy na důvody, proč jsem bral drogy, jsem sám sebou, pociťuji sebevědomí, cítím se spokojeně, zpohodlněl jsem, mám konflikty, bilancuji léčbu – život, nácvik nového chování, rekapitulace a shrnutí léčby a změn, opakuji staré vzorce chování, vyjasňuji si priority, umím se prosadit, konfrontuji se sebou, jsem opora skupiny, držím a hlídám pravidla TK, jsem vzor pro druhé, podporuji členy skupiny.

K1 (individuální sezení) - „*Vidí se jako jiný člověk*“.

K2 (zápis z porady) - „*Máš odvahu řešit těžká témata*“.

K4 (rada mladších) - „*Zvládáš těžké situace, jsi pro nás oporou i v přístupu k pravidlům TK*“.

Ukončení léčby (8 měsíc):

1. Euforie vs. nervozita z odchodu, empatie s druhými, nejistota z toho co přijde, smutek a lítost z konce, náladovost, předstírání klidu a vyrovnanosti, uzavírání se do sebe, napětí z odchodu, problémy se spánkem, silné výkyvy nálad, strach a obavy z budoucnosti.

K1 (zápis z porady) - „*Má výkyvy nálad a prožívá smutek z konce léčby*“.

K6 (zápis z porady) - „*Je poslední dobou depresivní z odchodu, je často sám, pláče*“.

K3 (zápis ze skupiny) - „*Nemůže spát, prožívá strach z odchodu, je ve stresu*“.

2. Silné chutě a craving k drogám a alkoholu.

K4 (14-denní hodnocení) - „*Mám chuť při myšlenkách na budoucnost*“.

K5 (deník) - „*Často myslím na alkohol, ulevilo by se mi, kdybych se napil, to čekání na odchod je dlouhý*“.

K6 (podpůrné dvojice) - „*Vrátili se mi chutě, často myslím, jak bych si dal*“.

3. Aktivita až moc velká, nervozita ze změny a konce léčby, vidí se jako jiný člověk, sebepodpora, řekne si o pomoc, poprvé něco dokončila, bilance a

uzavírání, snaha si udržet pozitivní myšlení, chuť do něčeho nového, hodnocení vztahu k drogám.

K1 (deník) - „*Uzavírám některá témata, na kterých jsem tu dělal a nevím, jestli to tak stačí*“.

K3 (individuální sezení) - „*Mluví o tom, že poprvé něco dokončila, že má z toho velkou radost*“.

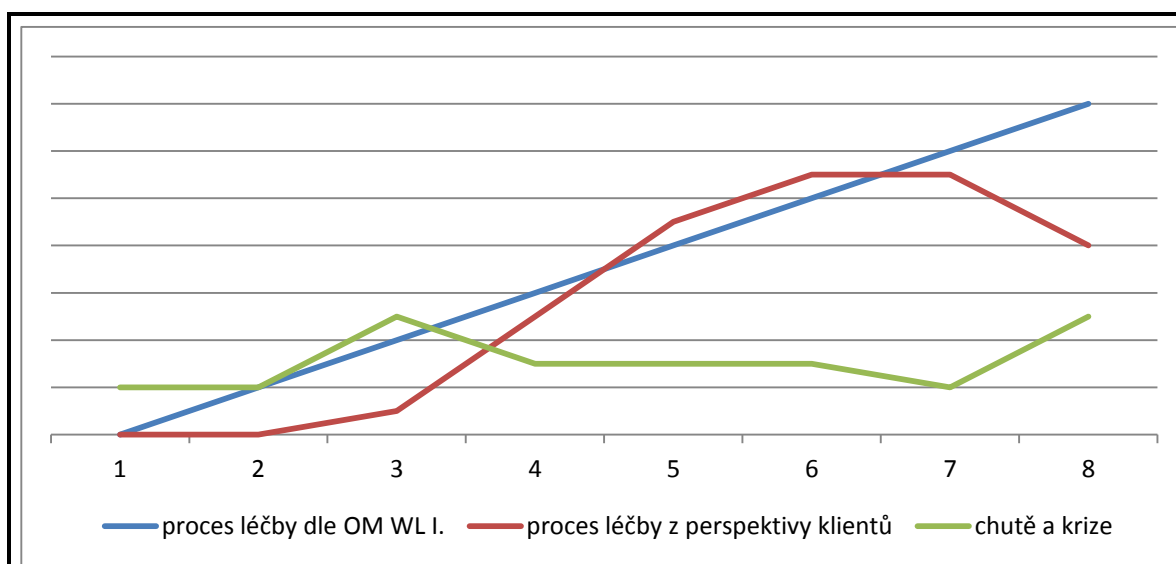
K2 (individuální sezení) - „*Působí přecitlivěle a neklidně, stále musí něco dělat, má chuť do života a do nového bydlení*“.

Shrnutí:

Výsledky výzkumu ukazují, že klienti během léčby procházejí pěti fázemi. Ty mají různou délku od jednoho, do dvou až třech měsíců. Každá fáze je charakteristická odlišnou úrovní prožívání, chutěmi, krizemi a také se liší interpretacemi toho, jak se klienti v ten okamžik vnímají.

Níže uvedené výsledky jsem pro přehlednost shrnul do modelu procesu léčby ilustrovaném v grafu č.1.

Graf. č. 1 - Grafické znázornění modelu procesu léčby klienta v TK W.L.I.



Modrá křivka ukazuje očekávaný lineární postup klienta v procesu léčby podle formálně definovaných fází. Červená křivka ilustruje výsledky tohoto výzkumu týkající se aktivity klientů. Úvodní fáze (1-3 měsíc) bez výraznější aktivity klienta, po níž je patrná poměrně strmě narůstající fáze aktivity (akce), jež je následována udržováním změn chování, jež si v léčbě osvojil. Po té ale – zpravidla - přichází v 8 měsíci léčby klientův sestup („relaps“).

Zelená křivka naznačuje vývoj chutí a krizí, s nimiž se klient v léčbě potýká. Ty se zdají nejvýrazněji působit na klienty ve 2-3 měsíci léčby a potom v poslední části léčby, tj. v 8 měsíci.

Výsledky k výzkumné otázce č. 2: ***Jsou mezi formálně stanovenými fázemi léčby a těmi, které vnímají klienti, nějaké rozdíly? A pokud ano, jaké?***

Pojmenování fází procesu léčby je další otázkou, kterou jsem si ve výzkumu stanovil. Při analýze dat a následném shrnutí a hledání souvislostí jsem narazil na podobnost procesu léčby v TK s cyklickým modelem změny závislého chování, zvaného též „*cyklus změny*“, který popsali Prochaska a DiClemente v roce 1993. Tento model rozlišuje šest stádií, které jsem podrobně popsal v kapitole 1.2.1. Tento model ukazuje vývoj motivace ke změně nějakého chování. Tímto „*cyklem změny*“ si klienti procházejí před nástupem do léčby a přicházejí v různých fázích (prekontemplace, kontemplace, rozhodování, akce-aktivní změna, udržování změny, relaps), jak už jsem zmínil.

Mnou získané poznatky naznačují, že klienti v procesu léčby v TK znovu mohou procházet totožným „*cyklem změny*“ (**prekontemplace, kontemplace, rozhodování, akce-aktivní změna, udržování změny, relaps**) jak popisuje Prochaska a DiClemente a to přesto, že podle tohoto teoretického rámce by se měli nacházet ve fázi akce - aktivní změna (viz. tabulka č. 5). Také je potřeba zmínit, že ne všichni klienti musejí nezbytně projít celým cyklem změny, respektive všemi jeho fázemi.

Tab. 5 - Porovnání formálně definovaných fází s fázemi dle klientů

TK WHITE LIGHT I.	0. fáze	1. fáze	2. fáze	3. fáze	4. fáze
formálně definované fáze	rozhodovací	adaptační	nácviková	odpoutávací	---
délka formálně definov. fází	1 - 4 týdny	2 - 3 měsíce	1 - 3 měsíce	1 - 2 měsíce	---
délka fází z perspekt. klientů	1 měsíc	2 měsíce	2 měsíce	2 měsíce	1 měsíc
vnímané fáze z perspektivy klientů	prekontemplace kontemplace	rozhodování	akce-aktivní změna	udržování změny	relaps

Vstup do léčby (1 měsíc) – fáze: prekontemplace a kontemplace

V tomto stádiu podle teorie klient o změně neuvažuje, problém má jeho okolí (skupina). Změna se mu jeví příliš obtížná, neuvažuje o změně, ale připouští si, že by mohl uvažovat. Klient váží výhody a nevýhody změny, zisky a ztráty. Vyskytují se problémy, z nichž některé jsou klienti schopni dát do přímé souvislosti s užíváním drog před nástupem do léčby.

Prožívání a postoje klientů v této fázi je vyjádřeno: pocity debaklu, výčitkami, tenzí, strachem a obavami, úzkostí, výkyvy nálad, vztekem, úlevou, emocemi radosti z čistoty (drog).

Chutě, carving a odchodové krize jsou přítomny s velmi nízkou intenzitou. Sebekontrolou klienta, fasádou dokonalosti, postoji - neumím o sobě mluvit, velkými obavami o sobě mluvit, nedůvěrou v sebe.

K5 - „Chci více mluvit o sobě, ale nejde to, nevím jak na to“.

K3 - „Uvědomuji si, že jsem v háji a nevím, co mám s tím dělat“.

T - „Dělá vše automaticky, co se mu řekne, udělá a neumí o sobě mluvit“.

K1 - „Mám pocity, že se z něčeho probouzím“.

U klientů v této fázi převažují postoje určitého „probouzení se“ a zjišťování, jak na tom jsou. Zařadí se bez hlubšího přemýšlení do programu a plní to, co se po

nich chce. Klienti začínají uvažovat o tom, že je potřeba nějaká změna, ale netuší odkud začít a jak to udělat.

2 - 3 měsíc v léčbě - fáze: rozhodování

Nevýhody starého chování nabývají převahy nad výhodami. Klient je ochoten dávat je do přímé souvislosti s užíváním drog a reálně přemýšlí o potřebě změnit své chování. V popředí jsou otázky o formě změny a jejím časování. Klient opět váží výhody a nevýhody určitých možností, jít na plno do terapie a tím i k dosažení změny. Rozhodnutí ke změně, k němuž dochází na závěr této fáze, znamená již jasnou volbu určitého postupu.

Prožívání a postoje klientů jsou v této fázi vyjádřeny: strachem ze změny, uzavřeností, pocity samoty, lítostí nad sebou, pláčem, střídáním nálad, hlídáním emočních projevů, zmatky v tom co vlastně prožívají, strachem z emocí, cítí se lépe oproti nástupu do léčby, učí se prožívat emoce v přítomnosti druhých.

Je to období silných chutí na drogy/alkohol, silný craving, odchodové krize a tendence jsou silně přítomny.

Přítomny jsou obavy ze sebepoznání, nečitelnost, poprvé si dovolí říkat některé věci druhým o sobě, rozhodují se jít do terapie na plno, první konflikty, sebepoznání přináší úlevu, strach jít do hloubky, otázky kdo jsem a mám se rád/a, strach ze změny, více si věří, řeší konkrétní témata a jasné cíle, častěji sám se sebou, chápání souvislostí z minulosti, časté otázky mám jít do terapie?, probíhá reflexe starého chování, experimenty s novým chováním, přešlapováním na místě, říkáním si o pomoc druhým.

K3 - „*Učím se ukazovat emoce v přítomnosti druhých na skupině*“.

K3 - „*Mám v sobě velký zmatek, uvnitř sebe, brečím a je mi všeho líto*“.

K4 - „*Mám velké chutě si něco dát, cokoliv, asi ze strachu něco dělat*“.

T - „*Rozhoduje se, jestli jít do terapie naplno*“.

K1 - „*Nevím, co se o sobě dozvím, ale chci do toho jít, mám teď konflikty ve skupině*“.

K3 - „*Dochází mi věci, co jsem dělal a jak to vše bylo*“.

Klienti jsou více v kontaktu se svými emocemi, používají sebereflexi ve větší míře. Na konci tohoto období se klienti rozhodují jít do změny svého dosavadního chování. Chtějí více investovat do terapie a sebepoznání, zabývat se svými tématy.

4 – 5 měsíc v léčbě – fáze: akce – aktivní změna

Klient se zavazuje a aktivně podílí na určitém jednání, od něhož očekává změnu. Cílem tohoto stadia je realizace změny v určité problémové oblasti, obvykle je jejím obsahem intenzivní terapie.

Prožívání a postoje klientů v této fázi je vyjádřeno: Ambivalence pocitů – samota/kritika, odhalení-pláč, strach z důvěry ve vztazích, strach z rozpadu struktury/osobnosti, cítí se uvolněně, stabilita, vyrovnanost, strach ze sejmutí masky, ambivalence - pochybnosti vs. spokojenost.

Chutě a craving střední intenzity, nejsou odchodové tendence ani větší krize.

Chci jít do hloubky, zaměření se na sebe, беру si od druhých a přibližuji se jim, používám sebereflexi, jsem zaplaven mnoha tématy, chci měnit druhé ne sebe, jdu k sobě, otevírám témata z minulosti, riskuju změnu, slyším chválu na svůj postup v léčbě, mám větší sebevědomí, polevuju v aktivitě, schovávám se a svá témata, stabilita, jsem aktivní a mám chuť být, řeším vztah k sobě, jasně se vymezuji k okolí, přijetí minulosti, větší náhled, objevování sebe.

K6 - „Řeším vztah k sobě, je to pro mě téma č. 1“.

K1 - „Chceme tě podpořit ve zkoušení nového chování“.

K2 - „Otevírám důležitá témata z minulosti“.

T - „Má větší náhled na to, proč bral drogy, dokázal si některé věci přiznat“.

Tato fáze léčby je charakterizovaná aktivitou klientů, jsou odhodlaní řešit svá témata. Tím docházejí k novým náhledům na svou minulost. Zároveň pracují a upevňují své sebevědomí a svou sebedůvěru.

6 – 7 měsíc v léčbě fáze: udržování změny

Toto stádium přináší pro klienta výzvu obhájit svou schopnost žít bez drogy sám před sebou i před svým okolím v běžném životě. Vrací se na výjezdech do rizikového prostředí a musí prokázat změnu dosavadního chování. Zásadní význam má předcházení relapsu, ale k tomu je obvykle nevyhnutelná přestavba životního stylu a hledání způsobů, jak si užívat života bez drog. Euforie z dosaženého úspěchu se mění v námahu vytrvat.

Prožívání a postoje klientů v této fázi je vyjádřeno: Klienti ukazují svou křehkost a zranitelnost, výkyvy nálad, energii, veselost, uvolněnost, cítí se bezpečně, strach z chutí, obavy z osamostatnění, uklidnění a potřeba být více u sebe, vyrovnanost v běžných situacích, střídání nálad, cítí s druhými.

Chutě a craving nejsou přítomny – velmi malá intenzita, bez odchodových tendencí a krizí.

Postoje jdu si pro podporu skupiny a k druhým, přítomny náhledy na důvody proč bral drogy, jsem sám sebou, sebevědomí, cítí se spokojeně, z pohodlně, konflikty ve skupině, bilancování léčby – života, nácvik nového chování, rekapitulace a shrnutí léčby a změn, opakování starých vzorců chování, vyjasnění si priorit, umí se prosadit, konfrontace se sebou, opora skupiny, držení pravidel TK, vzor pro druhé, podporuje členy skupiny.

K4 - „*Prožívám nejsilnější emoce v komunitě, někdy nevím co s tím*“.

K3 - „*Střídají se mi nálady a někdy i několikrát za den*“.

K1 - „*Vidím se jako jiný člověk*“.

K2 - „*Máš odvahu řešit těžká témata*“.

K4 - „*Zvládáš těžké situace, jsi pro nás oporou i v přístupu k pravidlům TK*“.

K1 - „*Uzavírám některá témata, na kterých jsem tu dělal a nevím, jestli to tak stačí*“.

V této fázi klienti intenzivně prožívají změnu, na které doposud pracovali. Stále aktivně pracují na svých tématech. Krize a negativní nálady zvládají lépe. Více se konfrontují jak se sebou tak s okolím, a to hlavně na výjezdech. Dosažené změny se upevňují opakováním a podporou ze strany klientů

Ukončení léčby (8 měsíc) fáze: relaps

Na kole změny se relaps objevuje jako součást procesu. Miller a Rollnick (2004) píší: „*Pokud nastane relaps, je úkolem člověka spíše pokračovat na kole změny než ustrnout v této fázi*“. Uklouznutí a relapsy jsou normální, pokud se člověk snaží změnit dlouhodobý návyk. Cyklický model na rozdíl od modelů lineárních odráží realitu procesu změny. Podle Millera a Rollnicka je zcela běžné, že člověk během procesu několikrát „*oběhne kolečko*“, tj. projde všemi stadii opakovaně, než dosáhne stability.

Relaps na konci procesu léčby v TK je míněn jako návrat ke starým vzorcům chování, silnému prožívání z úvodu léčby, intenzitou chutí a cravingu. Samotnému relapsu (užití drogy-alkoholu) nedochází, nebo zcela výjimečně. Tento relaps je způsoben předodchodovým stavem klienta, toto chování je velmi podobné tomu, co prožíval v úvodu léčby.

Prožívání a postoje klientů v této fázi je vyjádřeno: Euforie vs. nervozita z odchodu, empatie s druhými, nejistota z toho co přijde, smutek a lítost z konce, náladovost, předstírání klidu a vyrovnanosti, uzavírání se do sebe, napětí z odchodu, problémy se spánkem, silné výkyvy nálad, strach a obavy z budoucnosti.

Přítomny silné chutě a craving k drogám a alkoholu.

Aktivita až moc přehnaná, nervozita ze změny a konce léčby, vidí se jako jiný člověk, podporuje se, řekne si o pomoc druhým, pocity, že poprvé něco dokončil/a, bilance a uzavírání, snaha si udržet pozitivní myšlení, chuť do něčeho nového, probíhá hodnocení vztahu k drogám.

K1 - „*Má výkyvy nálad a prožívá smutek z konce léčby*“.

K6 - „*Je poslední dobou depresivní z odchodu, často sám, pláče*“.

K4 - „*Mám chutě při myšlenkách na budoucnost*“.

K5 - „*Často myslím na alkohol, ulevilo by se mi, kdybych se napil, to čekání na odchod je dlouhý*“.

K6 - „*Vrátili se mi chutě, často myslím, jak bych si dal*“.

Tato fáze je charakteristická zvýšenou citlivostí a prožíváním kvůli blížícímu se

odchodu. Jsou přítomny výkyvy nálad a silné emoce spojené s chutěmi na drogy či alkohol.

Odpověď na otázku rozdílů mezi formálně definovanými fázemi a fázemi z perspektivy klientů graficky vyjadřuje tabulka č. 5. Při porovnání fází jsou patrné některé rozdíly ale i významné shody.

Úvodní fáze je formálně definovaná jako „**rozhodovací**“ a nabízí klientům čas poznat program léčby TK na vlastní kůži a rozhodnout se, zda zůstat a pokračovat v léčbě a ve změně chování, nebo odejít. Úvodní fáze z perspektivy klientů „**prekontemplace a kontemplace**“ vyjadřuje období, kdy se klienti ještě nerozhodují jít do změny, mnohdy o změně ještě neuvažují ani si nepřipouští, že změna je potřebná ke změně dosavadního způsobu života, že ji chtějí riskovat a podstupovat. Délka těchto fází je stejná - jeden měsíc.

K6 - „*Mám velký strach z toho, co mě tady čeká*“.

K1 - „*Mám obavy se otevřít, nevěřím a nikomu*“.

T - „*Hlídá se, jak jen může, jak dlouho vydrží s maskou dokonalosti*“.

K2 - „*Nechci se měnit, chci se naučit nebrat drogy*“.

V úvodní fázi z perspektivy klientů je změna dosavadního chování zatím málo přijatelná. Vážně nad ní neuvažují, ale vidí, že u ostatních klientů k něčemu takovému dochází. Více jsou u svých emocí, které opatrně prezentují, mnohdy poprvé v životě.

Následující fáze formálně definovaná jako „**adaptační**“ vyjadřuje adaptaci na program TK, zvládání režimu TK, přijetí norem skupiny, používání sebereflexe a hledání stěžejních témat vedoucích ke změně (operační manuál WL I). Fáze z perspektivy klientů „**rozhodování**“ vyjadřuje to, jestli klient půjde do změny svého dosavadního chování, jestli bude tuto změnu riskovat, i když neví, jak to bude vypadat, co bude prožívat, co tato změna obnáší. Délka těchto fází je přibližně stejná - dva měsíce.

T - „*Rozhoduje se, jestli jít do terapie naplno*“.

K1 - „*Nevím co se o sobě v terapii a na skupině dozvím, ale chci do toho jít*“.

K3 - „*Dochází mi věci, co jsem dělal a jak to vše bylo*“.

Podle klientů tato fáze vyjadřuje moment „*rozhodovací*“ o tom, jestli jít opravdu do změny dosavadního chování a tím jít do terapie naplno.

Fáze formálně definovaná jako „**nácviková**“ se vyznačuje zejména prací s realitou klienta, tj. klient řeší ve skupině problémy z minulosti ve vztahu k budoucnu (např. práce, bydlení, vztahy apod.). Měl by získat náhled na svoji minulost a současnou situaci a na svoji závislost, prosazuje a hlídá skupinové normy, nese zodpovědnost za sebe i za druhé, pomáhá ostatním členům skupiny, neuniká z krizových situací (operační manuál WL I). Tato fáze z perspektivy klientů vnímaná jako „**akce – aktivní změna**“ vyjadřuje jasné rozhodnutí absolvovat/riskovat změnu dosavadního chování. U těchto fází je největší shoda jak v délce (dva měsíce), tak v samotném průběhu a charakteru.

K6 - „*Řeším vztah k sobě, je to pro mě téma č. 1*“.

K1 - „*Chceme tě podpořit ve zkoušení nového chování*“.

K2 - „*Otevírám důležitá témata z minulosti*“.

K3 - „*Mám větší sebevědomí oproti začátku, více si věřím*“.

V této fázi probíhá změna ve vztahu k sobě ale i okolí. Klienti řeší zásadní témata svého života a mají podporu skupiny. Dosahují tím změny dosavadního chování a rizikových vzorců, a tím získávají větší náhled na svou situaci. Zároveň získávají sebevědomí a sebedůvěru.

Fáze formálně definovaná jako „**odpoutávací**“ vyjadřuje práci na odpoutávání se od TK. Klient si zajišťuje bydlení, zaměstnání a následnou péči. Tato fáze z perspektivy klientů definovaná termínem „**udržování změny**“ vyjadřuje období stability a zpevnění dosažených změn v terapii. Délka těchto fází z obou pohledů je stejná, dva měsíce.

K2 - „Je teď křehká a působí zranitelně, dovolí si to“.

K4 - „Prožívám nejsilnější emoce v komunitě, někdy nevím co s tím“.

K1 - „Vidí se jako jiný člověk“.

K2 - „Máš odvahu řešit těžká témata“.

K4 - „Zvládáš těžké situace, jsi pro nás oporou i v přístupu k pravidlům TK“.

V této fázi dochází k prožívání dosažených změn a k přehodnocování náhledu na sebe sama. Klienti se dokáží více ocenit za to, co za změny v terapii na sobě udělali. Také si dovolí více důvěřovat okolí a sdílet s nimi intimní témata a emoce.

Další fází z perspektivy klientů lze definovat jako „**relaps**“. Tato fáze není formálně definovaná ani není popsán charakteristické prožívání klientů. V této fázi, která trvá jeden měsíc, je typický návrat klientů ke starému chování a prožívání, což je pravděpodobně jejich reakcí na stres a obavu z ukončení léčby v TK. U klientů jsou v této fázi přítomny silné chutě a craving, pochybnosti a výkyvy nálad.

K1 - „Má výkyvy nálad a prožívá smutek z konce léčby“.

K6 - „Je poslední dobou depresivní z odchodu, často sám, pláče“.

K4 - „Mám chutě při myšlenkách na budoucnost“.

K5 - „Často myslím na alkohol, ulevilo by se mi, kdybych se napil, to čekání na odchod je dlouhý“.

V této fázi dochází k intenzivním chutím na drogy či alkohol. Objevuje se zvýšená citlivost klientů, hlavně obavy a strach z budoucnosti. Ale také silné pocity z toho, že opouští komunitu, zázemí a místo, kde bylo dobře.

Shrnutí:

Nyní chci krátce shrnout poznatky získané ve svém výzkumu v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I.

Vnímání procesu léčby klienty ovlivňují změny, s nimiž se potýkají na třech úrovních:

1. Pocity a emoce v procesu léčby
2. Postoj k léčbě a ke změně
3. Interpretace současného stavu (klientem, ostatními členy skupiny, týmem).

Získané poznatky naznačují, že proces léčby z perspektivy klientů se dělí zhruba do pěti fází. Ty vedou k závěru, že klienti mohou v procesu léčby v TK znovu procházet totožným „*cyklem změny*“, jak jej pro popis změny závislého chování poprvé použili Prochaska a DiClemente (**prekontemplace, kontemplace, rozhodování, akce-aktivní změna, udržování změny, relaps**).

Dále jsem porovnával formálně definované fáze a fáze z perspektivy klientů. V úvodní fázi klienti zpravidla neuvažují o změně dosavadního chování (prekontemplace, kontemplace), změnu se často rozhodují podstoupit až ve druhé fázi (rozhodování). V následující třetí fázi aktivně pracují na své změně dosavadního chování (akce) a v následné fázi se jí snaží udržet a upevnit, což se shoduje s formálně popsanými fázemi (udržování změny). Dále jsem popsal pátou fázi dle klientů „*relaps*“, během níž klienti procházejí krizí před ukončením a odchodem z TK.

3.3 Doporučení pro budoucnost

Z výsledků výzkumu lze do budoucna vyvodit několik doporučení pro práci pracovníků TK s klienty. Tato doporučení by mohla přispět ke snížení celkového počtu drop-outů během léčby a také k většímu pochopení toho, co klienti v léčbě v jednotlivých obdobích prožívají. Poznatky z výzkumu mohou přispět k reálnějšímu hodnocení klientů a jejich diagnostice, např. při pokusech o přestup do další fáze programu nebo při hodnocení pokroku v léčbě.

0. fáze v TK WHITE LIGHT I. formálně definovaná jako „*rozhodovací*“, nabízí klientovi prostor, aby se mohl rozhodnout o setrvání případně odchodu z léčby. Data od klientů ale naznačují, že jejich „*rozhodování*“ neprobíhá jenom první měsíc v 0. fázi, ale může pokračovat i v 1. fázi v délce až dvou měsíců. Zdá se, že po celé toto období se klient rozhoduje, zda jít naplno do změn dosavadního

způsobu života. To znamená, že rozhodování o změně u klientů může být proces dlouhý až tři měsíce. To by mohl terapeutický tým brát v potaz a nechtít po klientech změny rychleji, než naznačují výsledky tohoto výzkumu.

Získaná zjištění dále naznačují, že proces léčby z perspektivy klientů může být o jednu důležitou fázi delší. Tato fáze, nazvaná shodně s obdobnou fází v cyklu změny závislého chování „*relaps*“, je důležitá pro pochopení toho, co mohou klienti v závěru léčby prožívat. Vnímají je a prožívají velmi intenzivně se silnými chutěmi a cravingem, velkými výkyvy nálad s ambivalencí postojů k absolvované léčbě. V klinické praxi se ale ukazuje, že tyto stavy dokáží s pomocí změn, které v procesu léčby podstoupili, zvládnout. To znamená, že krizi před odchodem z TK může klient vlivem své předchozí intenzivní práce během léčby velmi dobře zvládnout. Představa, že klienti před odchodem budou vše zvládat klidně a sebevědomě, se jeví být zcela lichá.

Také se nabízí možnost vytvoření určitého manuálu pro klienty, kde bude popsáno to, co jsem uvedl ve výsledcích. V manuálu může být popsán cyklický model změny, kterým klienti během léčby procházejí, a popis důležitých charakteristik těchto období. Tento manuál by mohl přispět k většímu porozumění procesu léčby klientů, co se s nimi v jednotlivých fázích může dít. Popis v manuálu může přinášet efekt uklidnění klientů, nebo snížení drop-outů z důvodu vzhledu do prožívané situace.

Ke zkvalitnění práce s klienty v budoucnosti je potřeba neustále reflektovat to, co prožívají během své léčby. Možnost opakovat podobně orientovaný výzkum i do budoucna a následně porovnat získané poznatky s těmi, prezentovanými v této práci, je jeden z mnoha způsobů, jak reflektovat proces léčby. Myslím si, že cestou neustálé komunikace s klienty a citlivým vnímáním jejich potřeb a situace, se zaručí terapeutické a zvládnutelné podmínky pro jejich růst a práci na sobě. Tato práce je pouze jedním z mnoha nástrojů, jak lze procesu léčby z pohledu klientů lépe porozumět.

3.4 Diskuze

Ve výzkumné části práce, jejímž hlavním cílem bylo zjistit, co klienti prožívají a vnímají během procesu léčby, se nabízí několik zajímavých bodů k diskuzi a k případnému dalšímu zkoumání.

Výsledky této práce naznačují, že klienti mohou procházet tzv. „*cyklem změny*“ v menším měřítku znovu, přestože by se podle tohoto teoretického modelu měli nacházet jednoznačně ve fázi akce. Nabízí se proto možnost uvažovat o celém procesu užívání drog klienta a jeho ukončování ve třech úrovních – před léčbou – v rezidenční léčbě – v doléčovacím procesu.

Tzv. cyklickým modelem změny klienti procházejí před léčbou a to ve vztahu k užívání drog (změně), což popisují Prochaska a DiClemente (1993). Dále potom procházejí tímto cyklem znovu v procesu léčby, ve vztahu ke změně dosavadního nefunkčního chování, které napomáhalo k užívání drog, což z dat získaných od klientů popisují v této práci. A také tímto tzv. cyklickým modelem změny může klient procházet i v doléčovacím procesu. Doléčovací proces a tzv. cyklický model změny a to, jak tento proces vnímají a prožívají klienti, je výzvou pro kvalitativní výzkum v některém doléčovacím centru v ČR. Jeho výsledky by mohly přispět k většímu porozumění celého procesu změny závislého chování s využitím odborné pomoci, tj. jak léčby, tak i doléčování.

Dále se chci v diskuzi věnovat tomu, co vše mohlo ovlivnit výsledky a jejich případné zkreslení. Myslím si, že omezením celého výzkumu mohl být zvolený výzkumný soubor. Vliv mohlo mít jeho složení a malý vzorek šesti klientů. Také skutečnost, že výzkumný soubor tvořili klienti z jedné terapeutické komunity, navíc jen ti, kteří léčbu úspěšně dokončili. Ti, kteří vypadli předčasně, do výzkumu nebyli a ani nemohli být zapojeni. Tím ale tyto výsledky mohou být určitým způsobem zkresleny. Proto doporučuji v budoucnu výsledky výzkumu ověřit s větším výzkumným souborem, ve více terapeutických komunitách. Důležité bude zahrnout do výzkumu i terapeutické komunity, které mají podstatně delší program léčby, než je 6-8 měsíců. Delší léčba může přinést jiné výsledky nebo popsané fáze mohou být delší, než jsem uvedl na modelu léčby v rozmezí 6-8 měsíců. Následně pak lze výsledky porovnat a vyhodnotit a s větší přesností je zobecnit.

Sugg (2004) ve své disertační práci identifikovala osm fází léčby dle klientů v terapeutické komunitě s maximální délkou léčby 6 měsíců. Její výsledky v porovnání s mými svědčí o tom, že členění léčby do více fází je z pohledu klientů možné. To znamená, že mnou sebraná data mohl jiný výzkumník zpracovat podle svého subjektivního hodnocení např. do více fází či období.

Také je důležité se zamyslet nad tím, jestli účastníci výzkumu říkali pravdu a jestli to, že s nimi pracuji, mělo vliv na zkreslení výsledků. Byla možná snaha na straně klientů se mi nějak zavděčit nebo vyhovět či zkreslit své odpovědi? Skutečnost, že mezi mnou a účastníky výzkumu vznikl za dobu jejich léčby důvěrný vztah, hrál nepochybně svou roli. Obávám se, že toto nemohu úplně objektivně zhodnotit, a tím vyvrátit případná zkreslení. Zároveň vím, že jsem si toho byl plně vědom, bral jsem na to zřetel a měl to neustále na paměti.

Také terapeutický tým mohl podvědomě přinášet některá zkreslení např. tím, že mohl mít tendenci klienty udržovat v léčbě, nebo při hodnocení a zápisech podvědomě zkreslovat data. Tomu jsem se snažil zamezit tím, že terapeutický tým nevěděl, kdo je součástí výzkumného souboru a také triangulací dat z více zdrojů.

Dále je potřeba zmínit možná omezení mé práce v subjektivní analýze získaných dat. Subjektivní analýza nabízí prostor k mnoha chybám a jiný zkušenější výzkumník by ze stejných dat mohl vyvodit jiné závěry či poznatky. Tím chci naznačit skutečnost, že toto byla má druhá výzkumná práce. Na místě je uvažování, že má nezkušenost v roli výzkumníka se mohla ve výsledcích zcela jistě projevit.

3.5 Závěr

Ve své diplomové práci se zabývám pohledem klientů na proces léčby v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I. V práci jsem se zejména zaměřil na prvek prožívání a vnímání procesu léčby klienty. Dále jsem se pokusil z výsledků definovat fáze léčby, jak je mohou vnímat klienti. Šlo mi o to, zjistit nejvýznamnější charakteristiky v prožívání klientů v TK během jejich pobytové léčby. Cílem bylo také ověřit, zda fáze formálně definované operačním manuálem se shodnou či neshodnou s fázemi léčby, jak je vnímají klienti.

Výzkumný soubor tvořilo šest klientů TK WHITE LIGHT I. Práce byla založena na kvalitativním přístupu, prospektivní formou. Sběr dat probíhal formou semistrukturovaných rozhovorů a prací s již existujícími dokumenty s informacemi o klientech.

Ve výzkumné části se podařilo identifikovat některé charakteristiky prožívání procesu léčby klienty. Z nich jsem odvodil časová období a charakteristické fáze, které se zdají shodovat s těmi, jež definovali Prochaska a DiClemente v cyklickém modelu změny závislého chování:

0. fáze - „*prekontemplace a kontemplace*“, 1. fáze - „*rozhodování*“, 2. fáze - „*akce – aktivní změna*“, 3. fáze - „*udržování změny*“, 4. fáze - „*relaps*.“

Zdá se, že tímto cyklickým modelem změny klienti procházejí nejen před léčbou - ve vztahu k užívání drog (Prochaska a DiClemente, 1993), ale i po nástupu do procesu léčby (kdy by se měli podle zmíněného modelu nacházet ve fázi akce) – tentokrát však ve vztahu k poznání, že léčba jejich závislosti na drogách vyžaduje dosažení rozsáhlých změn v jejich dosavadním životním stylu.

Následně jsem hledal významné rozdíly mezi formálně definovanými fázemi procesu léčby a tím, do jakých úseků si mohou subjektivně členit klienti. Výsledky naznačují, že rozdíly ve vnímání procesu léčby v TK terapeutů (tedy tím, jak jsou stanoveny požadavky na klienty v různých fázích léčby) a klienty jsou v úvodní a závěrečné fázi programu. 2 střední fáze vykazují poměrně velkou shodu. Z toho jsem vyvodil některá doporučení.

Ukázalo se, že použití rozhovorů v kombinaci s analýzou dokumentů je vhodná metoda pro můj výzkum. To nicméně vyžadovalo pečlivou přípravu a práci, aby bylo možné získat konkrétní a věrohodná data. Průběh výzkumu potvrdil, že použití semistrukturovaných rozhovorů je výhodné jak pro klienty (reflexe současného stavu a rekapitulace léčby), tak pro výzkumníka. Kromě získání odpovědí na výzkumné otázky byla práce také obohacující pro mě samotného. Získal jsem cenné zkušenosti s realizací kvalitativního výzkumu.

S odstupem času se jako vhodné jeví opakování výzkumu na větším souboru a ve více terapeutických komunitách a následné porovnání získaných dat.

Provedení výzkumu v jiných terapeutických komunitách by mohlo přinést zajímavé poznatky o tom, zda klienti procházejí mnou identifikovanými „fázemi“ a v nich prožívají popsané pocity/postoje ve vztahu k procesu své léčby v tzv. „cyklu změny“.

Výsledky z mého výzkumu mohou sloužit jako inspirace pro další studie zaměřené na proces léčby v terapeutických komunitách.

Na závěr bych chtěl připomenout a zdůraznit, že výsledky mohou přispět ke zkvalitnění léčby v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I., ale i v dalších zařízeních stejného zaměření.

Literatura:

Augustowska, A. (1988). Resocjalizacyjny Program Monaru w ocenie narkomanów. In Folterová, A. (2007). *Vnímání procesu léčby z pohledu drogově závislých klientů terapeutické komunity AVE*. Diplomová práce. Masarykova univerzita Brno, fakulta sociálních studií- katedra psychologie.

Adameček, D. (2003). Psychodynamický přístup v léčbě závislostí. *Adiktologie*, (3) 2, p. 28-30.

Adameček, D. (2007). Fáze komunitního programu a způsob přijetí do TK. In Nevšímal, P. (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe*. Praha: Středočeský kraj, Magistrát hl. m. Prahy a TK Magdaléna Mníšek pod Brdy. p. 91-96.

Adameček, D., Těmínová-Richterová, M., Kalina, K. (2003). Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In Kalina K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2 mezioborový přístup*. Praha: NMC/Úřad vlády ČR, p. 201.

Burne, L. E., Ekstrand, B. R. (1982). Vztahy mezi čtyřmi typy konceptů v psychologii vnímání. In Nakonečný, M. (1997). *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia, 381-392.

Culley, S. Bond, T. (2008). *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, p. 22.

Denzin, N. K. (2005). Triangulace. In Hendl, J. (Ed.), *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, p. 149-150.

De Leon, G. (2004). Terapeutické komunity pro drogové závislosti: vývoj v Severní Americe. In Nevšímal, P. (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj* Praha: Nakladatelství Lidové noviny, Středočeský kraj ve spolupráci s Magdaléna, o.p.s., p. 146-151.

De Leon, G., Melnick, G. (1993). Skupinový proces v terapeutické komunitě. In Nevšímal, P. (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe*. Praha: Středočeský kraj, Magistrát hl. m. Prahy a TK Magdaléna Mníšek pod Brdy. p. 179.

Doležalová, P. (2006). Kvalita života drogově závislých v terapeutických komunitách. *Adiktologie* (6)1,13-25.

Fromm, E. (1999). *Umění být*. Praha: Naše vojsko, p. 33.

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál, p. 184-190, 246-247.

Folterová, A. (2007). *Vnímání procesu léčby z pohledu drogově závislých klientů terapeutické komunity AVE*. Diplomová práce. Masarykova univerzita Brno, fakulta sociálních studií- katedra psychologie.

Gibson, J. J. (1979). The ecological approach to visual perception. In Goldstein, E. B. (1981). The ecology of J. J. Ginsons perception. *Leonardo*, vol. 14, No. 3, p. 191-195.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, p. 161.

Huberman, A. M., Miles, M. B. (1998). Metody zpracování kvalitativních dat. In Miovský, M. (Ed.), *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s., p. 196.

Kalina, K. (2007). Psychoterapeutický proces v terapeutické komunitě. In Nevšímal, P. (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe*. Praha: Středočeský kraj, Magistrát hl. m. Prahy a TK Magdaléna Mníšek pod Brdy. p. 177-190.

Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, p. 457-459.

Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita*. Praha: Grada, p. 192, 265-266, 252.

Kalina, K. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, p. 11-14.

King, E. (1996). The use of self in qualitative research, Ch.13. In Richardson, J.T.E (1996) *Handbook of Qualitative Research Methods for Psychology and the Social Sciences*. Tyne & Wear, BPS Blackwell.

Klimas, J. (2012). *Interpersonální vztahy v průběhu užívání drog a léčby závislosti z pohledu klientů/tek v terapeutické komunitě*. Adiktologie, (12)1, p. 36-45.

Kooyman, M. (2004). Terapeutické komunity pro závislé. In Nevšimal, P. (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj* Praha: Nakladatelství Lidové noviny, Středočeský kraj ve spolupráci s Magdaléna, o.p.s., p. 33, 64.

Kotasová, S. (2011). *Léčba závislosti v terapeutické komunitě očima klientů*. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Centrum adiktologie.

Kratochvíl, S. (2005). Skupinová psychoterapie v praxi. Praha: Galén, p. 26-29.

Kratochvíl, S. (1997). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, p. 258, 313.

Kudrle, S. (2008). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci. In Kalina K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, p. 17-23.

Nakonečný, M. (2000). *Lidské emoce*. Praha: Academia, 24-47.

Nakonečný, M. (2000). *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia, p. 381-392.

Maršálová, L., Mikšík, O. (2009). Textové dokumenty jako zdroj kvalitativních dat. In Miovský, M. (Ed.), *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s., p. 189-190.

Maxwell, J., A. (2005). *Qualitative Research Design. An Interactive Approach*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage, p. 25-38.

Miller, R. W., Rollnick, S. (2004). *Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišňov: Sdružení SCAN, p. 14-19, 175-184.

Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén, p. , 33-34, 119-155.

Mioviský, M. (2001). *Kvalitativní přístup ve výzkumu závislostí: teoretická východiska a aplikační možnosti*. *Adiktologie*, (01)1, p. 71-83.

Mioviský, M. (2009). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s., p. 98-103, 135-136, 159-162, 189-190, 219-246, 264-266, 275-292.

Schulte, B., Thane, K., Rehm, J., Uchtenhagen, A., Stöver, H., Degkwitz, P., Reimer, J., Haasen, Ch. (2010). *Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě*. Úřad vlády České republiky, p. 97.

Schwandt, T. A. (2008). Systematizace dat pro kvalitativní analýzu. In Mioviský, M. (Ed.), *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s., p. 210-211.

Radimecký, J. (2006). *Očekávání pracovníků terapeutických komunit vs. proces změny chování klientů*. *Adiktologie* (6)1, 43-53.

Radimecký, J. (2007). *Zapojování blízkých osob do léčby uživatelů drog v podmínkách terapeutické komunity*. Disertační práce. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, katedra speciální pedagogiky.

Sugg, N. (2003) Looking Back in Order to Move Forwards: The Views and Experience of Recovery for Drug Addicts in a Bio-psycho-socially Modelled Therapeutic Community, Dissertation, Dpt. of Psychology, City University, London.

Strauss, A., Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: nakladatelství Albert, p. 14-19, 23-26.

Störig, J. H. (1999). *Malé dějiny filozofie*. Praha: Zvon-Vyšehrad, p. 129-138.

Šiffelová, D. (2003). *Cesta prožívání – co jsem se naučila o terapii*. Konfrontace, (03) 2, p. 74-77.

Operační manuál terapeutické komunity WHITE LIGHT I. (2014). Interní materiál o.s. WHITE LIGHT I.

Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, p. 129-158.

Piaget, J. (1961), Venger, L. A. (1969), Graumann C. F. (1966). In Nakonečný, M. (1997)). *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia, p. 381-392.

Přikryl, R. (2008). *Deprese z různých úhlů pohledu III*. Praha. Galén, p. 145-152.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J. C. (1993). *In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors*. Journal of Addictions Nursing. Vol. 5, No. 1, p. 2-16.

Rotgers, F., et al. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada, p. 35-57.

Rubin, E. (1993). Zákony percepčního pole. In Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, p. 129-158.

Terapeutická komunita Magdaléna o.p.s. (2013). *Rezidenční program v terapeutické komunitě-léčebný program-struktura*. Retrieved from <http://www.magdalena-ops.cz/index.php?rln=cz&c=file&id=184>

Terapeutická komunita Podcestný Mlýn (2013). *Dopis zájemci o léčbu v TK Podcestný Mlýn*. Retrieved from <http://www.podaneruce.cz/data/public/6-Dopis-zajemci-o-lecbu.pdf>

Terapeutická komunita Salebra (2013). *Průběh léčby v terapeutické komunitě Salebra*. Retrieved from <http://www.salebra-znojmo.cz/sluzby/prubeh-lecby/>

Terapeutická komunita Sejřek. (2013). *Program TK*. Retrieved from <http://www.tksejrek.kolping.cz/detailpage.aspx?IDPage=3>

Terapeutická komunita Renarkon (2013). *Jak to u nás funguje*. Retrieved from <http://www.renarkon.cz/cs/jak-to-u-nas-funguje/leve-menu/jak-to-u-nas-funguje>

Terapeutická komunita WHITE LIGHT I. (2013). *Co je terapeutická komunita?* Retrieved from <http://www.wl1.cz/terapeuticka-komunita.html>

Těmínová-Richterová, M. (2007). Cíle léčby. In Nevšímal, P. (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe*. Praha: Středočeský kraj, Magistrát hl. m. Prahy a TK Magdaléna Mníšek pod Brdy, p. 35-37.

Těmínová-Richterová, M., Kalina K., Adameček D. (2008). Terapeutická komunita a její aplikace. In Kalina K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, p. 199-214.

Vokurka, M., Presl, J., Hugo, J. (1995). *Praktický slovník medicíny*. Praha. Maxdorf, p. 14.

Vymětal, J. et al. (1997). *Obecná psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, p. 36-37.

Yalom, D. I., Leszcz, M. (2007). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál, p. 21-36, 541-542.

Zábranský, T. (2003). *Drogová epidemiologie*. Ostrava: vydala Univerzita Palackého v Olomouci, p. 45.

Zábranský, T., Miovský M. (2008). Výzkum v adiktologii. In Kalina K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, p. 317-331.

Zim, M. (2013). *Proces léčby v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I. očima klientů*. Bakalářská práce. Karlova univerzita v Praze, 1. lékařská fakulta.